

Motstand

*En diskusjon av fenomenet,
konseptualiseringen og paradokset*

Marit Berge Jensen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

21. april 2015

Motstand

En diskusjon av fenomenet, konseptualiseringen og paradokset

Marit Berge Jensen

Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

21. april 2015

© Marit Berge Jensen

2015

Motstand – En diskusjon av fenomenet, konseptualiseringen og paradokset

Marit Berge Jensen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfatter: Marit Berge Jensen

Tittel: Motstand - En diskusjon av fenomenet, konseptualiseringen og paradokset

Veileder: Erik Stänicke

At pasienter kommer til behandling for å få hjelp med psykiske plager men motsetter seg endring, har vært et velkjent fenomen i over et århundre. Motstandskonseptet ble introdusert av Sigmund Freud, og kan sies å ha spilt en avgjørende rolle i grunnleggelsen av psykoanalysen. Innen andre psykoterapeutiske retninger virker ikke konseptet så anerkjent, selv om majoriteten bekrefter at det terapeutiske problemet fenomenet henviser til eksisterer, og er utfordrende å håndtere klinisk. I denne oppgaven går jeg gjennom litteratur på emnet fra utvalgte psykoterapeutiske retninger for å undersøke hvordan motstandskonseptet forstås og håndteres i dag, og hva uenigheter og enigheter går ut på. Jeg gir også en innføring i konseptets historiske bakgrunn, for å belyse status quo. Formålet med oppgaven er å inspirere og bidra til en oppklaring av selve fenomenet, og av dets plass og potensiale i det kliniske arbeidet i dag. Den psykoanalytiske/dynamiske tradisjonen later til å ha videreført hovedaspekter ved det opprinnelige motstandskonseptet til Freud, men hvordan det påvirkes av den analytiske utviklingen, spesielt av den relasjonelle vendingen, fremstår uklart og medfører uenigheter om fenomenet også innad i den analytiske tradisjonen. Den atferdsterapeutiske og kognitive tradisjonen har tidligere avskrevet konseptet, og velger i senere tid å bruke andre benevnninger, hovedsakelig fordi aspekter ved det analytiske konseptet ikke stemmer overens med deres underliggende teorier. Den integrative tradisjonen er opptatt av det allmenne ved fenomenet og av at det er møtepunkter mellom tradisjonenes håndtering, og kommer med forslag til felles konseptualiseringer. Ved gjennomgang av denne litteraturen finner jeg at det klassiske motstandskonseptet ser ut til å ha både potensialer og begrensinger som klinisk fenomen, men at det er preget av en vedvarende tvetydighet eller vaghet, som kan gjøre uenighetene på tvers mer forståelige. Jeg foreslår derfor at en nærmere undersøkelse av fenomenet innad og i lys av den analytiske utviklingen kan være hensiktsmessig. Til slutt drøfter jeg utsiktene for og verdien av en felles operasjonalisering av motstandsfenomenet, og konkluderer med at motstand må forstås ut fra et underliggende teoretisk rammeverk.

Min brist är min kompetens.

(Kyrklund, 1952, s. 76)

Forord

Jeg skrev denne oppgaven. Nå er det gjort. Alt går over – i noe annet. Det eneste konstante er endringen¹.

Takk, Erik Stänicke og Anders Zachrisson, for deres blikk på potensialene og virkeligheten, på rammene og mulighetene. Deres artikler og tanker har inspirert meg stort; jeg drømmer om å skrive som dere. Heldigvis fikk jeg bukt med motstanden i tide til å skrive som meg.

Takk, Ane Brenne Wigtil, for at du nok en gang satte deg inn i min verden og beriket oppgaven med et godt forankret men åpent blikk.

Oslo, 21. april 2015

Marit Berge Jensen

¹ «Det eneste konstante er endringen» hevdet den greske filosofen Herakleitos for over 2500 år siden. Mye har også endret seg siden den gang, men kanskje ikke akkurat dette? (se for eksempel Haxton & Hillman, 2003).

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Metode.....	3
3	Bakgrunn	4
4	Ulike retningers syn på motstand	9
4.1	Psykodynamiske og analytiske syn	9
4.2	Atferdsterapeutiske og kognitive syn	10
4.2.1	Atferdsterapeutiske (behavioristiske) syn	11
4.2.2	Kognitive og kognitive-atferdsterapeutiske syn.....	11
4.3	Integrative syn	13
4.4	Empiri og oversiktsartikler	15
5	Enigheter og uenigheter	18
5.1	Konseptualisering og teorier om mekanismer	18
5.2	Manifestasjon.....	20
5.3	Former	21
5.4	Håndtering	22
6	Diskusjon.....	25
6.1	Underliggende antakelser	25
6.1.1	Mål og endringsforståelse	25
6.1.2	Allianse.....	27
6.1.3	Overføring og motoverføring	29
6.1.4	Konseptualiseringenes underliggende premisser	30
6.1.5	Mangel og konflikt	32
6.2	Mulige oppklaringer	34
6.2.1	Interpersonlig eller intrapsykisk	34
6.2.2	Den “drivende” komponenten	38
6.2.3	Det potensielle.....	45
6.3	Er integrasjon mulig og/eller ønskelig?.....	47
6.3.1	Ulike nivåer av forståelse	48
7	Begrensninger og forslag til videre undersøkelser	50
8	Konklusjon	51
	Litteraturliste	52

1 Innledning

Ideen om at pasienter kan motsette seg endring har vært et sentralt tema i psykoterapi i over et århundre (Leahy, 2001). Nevrologene på 1800-tallet så på psykopatologi som en form for motstand, i den forstand at de anså mange av nevrosene som malignering – pasientene skapte sine symptomer for å få sosiale fordeler. Det viktige bidraget fra Sigmund Freud og Josef Breuer omhandlet tanken om at mentale lidelser er forårsaket av indre konflikter i pasientens psyke, ofte ubevisste for pasienten selv. Freuds modell om motstand bygger på at pasienten konfronteres med uløselige konflikter. Motstanden ble dermed sett på som et mindre viljestyrt fenomen enn hva de tidligere nevrologene antok (Leahy, 2001).

Motstandsbegrepet i psykologi i dag er derfor forbundet med den psykoanalytiske tradisjonen. Dette ser ut til å ha medført at enkelte psykoterapeutiske retninger tar mer eller mindre avstand fra begrepet, eller benytter andre betegnelser. Det finnes tilsynelatende ingen konsensus blant de ulike psykoterapeutiske retningene om en generell definisjon av motstand (Leahy, 2001). Likevel ser det ut til at de fleste, på tvers av forankring og med ulike begreper, omtaler et fenomen i terapi der pasienten selv hindrer fremgang i behandlingen ved å motsette seg endring. Denne «hindringens» natur, opprinnelse, implikasjoner, funksjoner, betydning, verdi med mer, og derav håndteringen av den, ser det imidlertid ut til å råde uenighet om: «Resistance to change is a central concept in psychotherapy, but its nature and role in the change process are not well understood. Given this, our ability to work with resistance in psychotherapy is limited» (Engle & Arkowitz, 2008, s. 390).

Flere studier har vist at grad av klientmotstand henger sammen med terapiutfall (Callahan, 2000; Graff & Luborsky, 1977; Patton, Kivlighan, & Multon, 1997), og antyder at motstandsfenomenet spiller en viktig rolle i terapiforløpet. Senere tids forskning som viser at faktorer på tvers av psykoterapeutiske retninger er sentrale for endring og en vellykket terapiprosess (e.g. Lambert & Barley, 2001), gjør det nærliggende å tenke at også en felles forståelse og håndtering av klientmotstand kan være mulig. Å undersøke fenomenet nærmere kan potensielt belyse noen av de virksomme, eller mindre virksomme faktorene i psykoterapi. Hvordan klientmotstand og terapiutfall forholder seg til hverandre, ser midlertid ut til å være et svært komplekst og uavklart tema: «The relation of the pattern of change in client resistance to client outcome proved to be much more complex than we had predicted» (Patton et al., 1997, s. 205). For å undersøke hvordan motstand forstås innen ulike psykoterapeutiske

retninger er det nødvendig å se på hvordan de definerer fremgang. Dette bringer oss til kjernen av retningenes ulikheter, da det berører forståelsen av psykopatologiens natur og av det menneskelige sinn.

Jeg ønsker i denne oppgaven å undersøke enigheter og uenigheter om motstandsfenomenet på tvers av terapeutiske retninger. Hensikten er å belyse motstandsfenomenets status i det utvidede psykoterapeutiske feltet i dag, og å avdekke aspekter sentrale for forståelsen av fenomenet. For å forstå fenomenets status i dag er også et historisk innblikk nødvendig. Jeg har i denne sammenheng måttet gjøre noen valg for å avgrense oppgaven: De terapeutiske tradisjonene jeg fokuserer på er den psykoanalytiske/dynamiske tradisjonen, kognitive/atferdsterapeutiske tradisjonen, og den nyere integrative tradisjonen. Det vil være hovedstrømningene innen disse retningene jeg fokuserer på, slik at en god nyansering av ståsteder innen de ulike tradisjonene har jeg måttet utelate i denne oppgaven av hensyn til omfang. Den analytiske tradisjonens forhold til fenomenet vil bli gitt en mer historisk og omfattende gjennomgang, og vies dermed noe større plass i oppgaven enn den kognitive/atferdsterapeutiske og integrative tradisjonen. Dette faller seg naturlig da fenomenet har sitt opphav innen den analytiske tradisjonen. Formålet med oppgaven er å inspirere og bidra til en oppklaring og økt forståelse av fenomenet, og å undersøke hvorvidt det kan være hensiktsmessig med en nærmere avklaring eller revidering av selve begrepet. Som utgangspunkt for en undersøkelse av fenomenet velger jeg å forholde meg tentativt til den følgende definisjonen: «In psycho-analytic treatment the name 'resistance' is given to everything in the words and actions of the analysand that obstructs his gaining access to his unconscious» (Laplanche & Pontalis, 1988, s. 394).

2 Metode

Dette er en teoridiskuterende oppgave der jeg presenterer et utvalg litteratur på emnet fra ulike rammeverk og undersøker hvordan de forstår motstandsfenomenet. Emnet er preget primært av klinisk teori og ikke empirisk forskning, hvilket reflekteres i oppgaven. Fordi motstand i utgangspunktet er et klinisk fenomen vil en teoretisk undersøkelse innebære stadige forsøk på å oversette gapet mellom teori og praksis, hvilket også denne oppgaven bærer preg av. Jeg ønsker å la dette gapet forbli som en del av oppgaven heller enn å forsøke å avgrense det, fordi jeg er av den oppfatning at det potensielt favner virkelighetens og motstandsfenomenets kompleksitet og natur. Jeg har av den grunn også oppsøkt litteratur som innebærer konkrete eksempler på hvordan de ulike terapeutene forholder seg til motstand i *praksis*, og litteratur der de uttaler seg om hverandres syn på fenomenet (e.g. Wachtel, 1982). Dette bringer en dimensjon inn i utforskningen av fenomenet som jeg opplever spesielt hensiktsmessig ved en undersøkelse på tvers av retninger der uoverensstemmelser og likheter kan se annerledes ut i teori og praksis.

Sandler (1983) hevder at gode kliniske teorier bruker det han kaller «elastiske begreper». Dette henger, slik jeg forstår det, sammen med det overnevnte gapet mellom teori og praksis. Han lanserer ideen om terapeutens «private teorier» som kan spille inn i hans eller hennes praktiske forståelse av fenomener, selv om de ikke fremkommer i terapeutens teoretiske forståelse. I følge Sandler (1983) er det ingen eksakte definisjoner av psykoanalytiske konsepter med utvetydige betydninger, så for å forstå dem må man være kjent med deres applikasjon i praksis. Såkalte «elastiske begreper» innebærer at teoretiske konsepter er tilstrekkelig «flytende» eller «løse» til at deres meningsspenn kan påvirkes og utvikles med terapeutens private teorier formet i møte med praksis; altså med terapeutens kliniske erfaring. I arbeidet med denne oppgaven har jeg hatt en underliggende hypotese om at forståelsen av motstandsfenomenet er preget av ulike terapeuters private teorier, og at en undersøkelse av motstandsbegrepet nødvendigvis preges av dets elastisitet.

3 Bakgrunn

Motstandskonseptet ble introdusert tidlig av Sigmund Freud, og kan sies å ha spilt en avgjørende rolle i grunnleggelsen av psykoanalysen (Laplanche & Pontalis, 1988). Da Freud ved forrige århundreskiftet utviklet psykoanalysen som en distinkt metode og behandling ut fra hypnosen, var dette blant annet med bakgrunn i at han mente å se at det som var mest avgjørende for å fjerne symptomer var å gjøre det ubevisste materialet tilgjengelig for normal bevissthet (Mitchell & Black, 1995). Ved hypnose så han at materialet som dukket opp og ble arbeidet med under hypnosen igjen ble utilgjengelig for pasienten når hun/han kom ut av transe: «There was a resistant force in the patient's mind, which Freud called the *defense*, that actively kept the memories out of awareness» (Mitchell & Black, 1995, s. 5). Den hypnotiske transen omgikk forsvaret på kunstig vis, og gjorde det bakenforliggende materialet tilgjengelig for analytikerens. Freud mente imidlertid at det å bli informert av analytikerens i etterkant om hva som kom frem under hypnosen ville gi pasienten en intellektuell, men ikke erfaringsmessig bevissthet om materialet:

I charge this technique with concealing from us the psychic play of forces, for example, it does not permit us to recognize the resistance with which the patients adhere to their malady, with which they also strive against the recovery, and which alone can give us an understanding of their behavior in life (Freud & Brill, 1909, s. 178).

Skillet mellom hypnosen og analysens virkning er altså sentralt i forhold til motstandsfenomenet. Freud mente det var nødvendig med en bevisstgjøring hos pasienten, en slags innsikt i sitt eget materiale for å få bukt med symptomene og vanskene. Det er interessant at motstanden eller forsvaret, slik det beskrives her, kommer til uttrykk først når materialet skal gjøres bevisst for pasienten selv. Dette støtter opp om hypoteser om at motstand kan være knyttet til selverkjennelse/selvbedrag (e.g. Schafer, 1973; Zachrisson, 2013b), hvilket vi skal komme tilbake til. En kan undre seg over hvorvidt erfaringsmessig bevisstgjøring også handler om det å være bevisst tilstede i en relasjon når en forteller om det vanskelige; at det å dele med en annen har en kurativ effekt i seg selv. Freud oppdaget at fri assosiasjon ikke var mulig å gjøre for lenge av gangen, blant annet fordi konflikthulle tanker og følelser som utgjør sentrum av pasientens vansker raskt overføres på analytikerens, og medfører at pasienten ikke ønsker å snakke om disse tankene (Mitchell & Black, 1995). Han

begynte å spekulere i om motstanden som oppstod mot fri assosiasjon i terapi var den samme kraften som hadde drevet minnene ut av bevissthets i utgangspunktet. I så tilfelle mente han, er det nettopp denne overføringen og motstanden som trenger å eksponeres, identifiseres og oppløses (Mitchell & Black, 1995). Slik bringer Freud det relasjonelle aspektet inn i forståelsen av motstandsfenomenet. Implisitt kan en forstå det som at i overføringen til terapeuten fremkommer det vanskelige materialet, hvilket avverges mot via motstand mot fri assosiasjon, altså en motstand mot selve formidlingen og kommunikasjonen.

Freud så for seg to deler av sinnet i strid med hverandre, og symptomet som en maskert konsekvens av denne underliggende kampen. Denne striden kalte han *konflikt*; når motstridende indre krav står i opposisjon til hverandre i subjektet (Laplanche & Pontalis, 1988). I forsøk på å kartlegge denne konflikten sinnet bestod av utviklet han først den topografiske modellen som henviste til en konflikt mellom *ubevisste impulser* og *bevisste og førbevisste restriksjoner*. Denne modellen virket imidlertid utilstrekkelig i forhold til å kartlegge konflikt og personlighet, hvilket medførte Freuds utvikling av den strukturelle modellen der impulser (id) blir fortrent fra pasientens bevissthet av ego og super-ego, som har sine egne ubevisste motivasjoner for dette. Den strukturelle modellen innebærer altså konflikt mellom impulser og forsvar *som begge befinner seg på et ubevisst nivå* (Mitchell & Black, 1995). Dette skiftet fra å anse den ene komponenten i konflikten som bevisst, til å forstå begge sidene av konflikten som ubevisste, har implikasjoner for forståelsen av motstand.

Freud anså konflikt som det sentrale kliniske problemet bak all psykopatologi, og underliggende personligheten selv: «For Freud, the very stuff of personality is woven out of impulses and defenses» (Mitchell & Black, 1995, s. 17). Dette impliserer også at motstand, eller elementer ved motstand, er allestedsnærværende i behandlingen:

The resistance accompanies the treatment step by step. Every single association, every act of the person under treatment must reckon with resistance and represents a compromise between the forces that are striving towards recovery and the opposing ones which I have described (Freud, 1981, s. 6).

Psykoanalysen anser konflikt som en konstituerende del ved mennesket, enten konflikten er mellom ønsker/begjær og forsvar, mellom ulike systemer, mellom instinkter, eller knyttet til ødipalkonflikten; der ikke bare ønskene er i strid med hverandre men det også er en

konfrontasjon mellom ønskene og forbudene rettet mot dem. Konflikten kan være manifest eller latent, hvorpå det sistnevnte kan medføre at den uttrykkes på en forstyrret måte, i form av utvikling av symptomer, atferdsvansker eller karakterforstyrrelser (Laplanche & Pontalis, 1988). Freuds forklaring på selve motstandsfenomenet er imidlertid vanskeligere å forstå. Han foreslår en hypotese som medfører at han behandler motstand som en manifestasjon av den samme kraften som ego retter mot ubehagelige ideer, men later samtidig til å anse den ultimate kilden til motstand som en kraft avledet av det fortrenkte selv – et uttrykk for det fortrenktes vansker med å bli bevisstgjort og akseptert (Laplanche & Pontalis, 1988). Dette medfører en tvetydighet som vedvarer i Freuds tekniske skrifter i følge Laplanche og Pontalis (1988). Motstanden får en slags dobbeltkarakter, hvilket er verdt å merke seg for den videre lesningen.

Med oppfinnelsen av strukturmodellen flytter fokuset seg til motstandens defensive aspekt; forsvar utført av ego. Anna Freud foreslo at det ikke bare var id og infantile ønsker og behov som ble forsvart mot bevissthets, men også mer karakteristiske ego-funksjoner og forsvar (Mitchell & Black, 1995). Hun påpekte at i motsetning til id, hadde ego ingen åpenbare gevinster av å bli avslørt, og at det å eksponere egoforsvaret kunne true personens måte å være på. Komponenten som forsvares mot i motstanden får her en todelt karakter; deler av den ønsker å bli avslørt, deler av den ønsker å forsvare seg. Motstand, ut fra Anna Freud sin redefinering av konflikt, blir et uttrykk for pasientens ego-forsvar manifestert i pasientens assosiasjoner, og samtidige ønske om behovstilfredsstillelse (Mitchell & Black, 1995).

Freud så den sentrale nevrotiske konflikten som å omhandle hemmeligheter og selvbedrag, med sin kjerne i ødipuskonflikten; for Freud strever vi med basale ønsker og frykter for gjengjeldelse og skyld. Melanie Klein mente derimot vi strever med dype frykter for utslettelse og absolutt forlatelse (Mitchell & Black, 1995). Det er altså noe kvalitativt annerledes som beskyttes mot i Klein sin modell, og organiseringen av sinnet er mer kaotisk og flytende. Klein utvidet konseptet til Freud om den instinktive impulsen. For Freud var impulsens mål utladning. For Klein var impulsen mer sammensatt og kompleks; for eksempel bar den libidinale impulsen til å elske i seg et bilde av et elskbart og elskende objekt. Hun så libidinale og aggressive impulser ikke som diskrete spenninger, men som hele måter å oppleve seg selv. For Freud var ego en sammenhengende og integrert struktur som håndterte de oppstående impulsene, Klein antydte derimot et skiftende ego som vekslet mellom en elskende orientering mot elsket objekt og hatfull orientering mot hatet objekt. Kleins forståelse av sinnets grunnleggende bestanddeler skiftet også fra impulser til relasjoner, hun

fokuserte på de komplekse forhold som oppstod mellom en bestemt type selv og en bestemt type annen (Mitchell & Black, 1995). Dette skiftet markerer en relasjonell dreining som er sentral i den analytiske utviklingen. Forståelsen av motstand blir mer komplekst og mangefasettert når en legger Klein og også Wilfred Bion sine bidrag til grunne. I kjølevannet av deres teorier har det skjedd et skifte fra å fokusere på imaginære rekonstruksjoner av barndom og tolkninger mot en håndtering av motstand som involverer et mer innviklet samspill mellom pasient og analytiker (Mitchell & Black, 1995).

Objektrelasjonsskolen utviklet egne teorier om relasjoners rolle i psykens utvikling, og brøt med Kleins premiss om konstitusjonell aggresjon. De foreslo heller et spedbarn innstilt på harmoniske interaksjoner og ikke-traumatisk utvikling, eventuelt forstyrret av inadekvat oppdragelse. Dette endret den underliggende tanken om de psykiske kreftenes mål og retning. Donald W. Winnicott var opptatt av kvaliteten på den subjektive erfaring, og mente pasienten selv innehadde svært selvhelende krefter. Han ville forme den analytiske situasjonen etter de savnede delene ved miljøet i barndommen, og mente innhold og tolkninger var mindre relevant; det som var avgjørende var opplevelsen av seg selv i relasjon til andre (Mitchell & Black, 1995). William R. D. Fairbairn stilte spørsmål ved Freuds premiss om at den fundamentale motivasjonen i livet er lyst, og foreslo isteden at libido ikke er lyst-søkende men objekt-søkende (Mitchell & Black, 1995). Dette innebar at barnet søkte det objektet som var tilgjengelig, med den kontaktformen som lot seg gjøre, og Fairbairn foreslo at disse formene for interaksjon ble til livslange mønster av tilknytning og forbindelse med andre. Disse mønstrene ble projisert inn i nye relasjoner, og denne sykliske projeksjonen av gamle mønstre og re-internaliseringen av selvoppfyllende profetier kunne forklare hvorfor de psykiske vanskene er så vanskelige å endre, og hvorfor mennesket ikke nødvendigvis søker tilfredsstillelse (Mitchell & Black, 1995). Denne omformuleringen av menneskets drivkraft har drastiske implikasjoner for komponenter underliggende motstandsfenomenet, selv om det relasjonelle aspektet på sett og vis later til å ha ligget i kortene lenge.

Samtidig med objektrelasjonsteoriens fremvekst i Europa understreker Rene Spitz i sin videreføring av ego-psykologien i USA hvordan et eventuelt medfødt psykologisk potensiale hos barnet er avhengig av emosjonell tilknytning til et annet menneske for normalutvikling (utvikling av ego-kapasiteter) (Mitchell & Black, 1995), hvilket Margaret Mahler (Mahler, Pine, Bergman, & Perch, 1988) bygger på i sin beskrivelse av barnets psykiske utvikling. Spitz og Mahler bidrar også til et sterkt fokus på relasjoners betydning i utviklingen av

psyken. Forholdet mellom objekt-relasjons perspektivet og driftsperspektivet kompliserer trolig forståelsen av motstand, noe vi kommer tilbake til.

Freud og den psykoanalytiske tradisjonen ble altså tidlig opptatt av fenomener som først bare opplevdes som irriterende distraksjoner fra den «egentlige» oppgaven til psykoanalysen. De ble opptatt av å forstå hvordan og hvorfor pasientene ikke fikk til det de hadde satt seg fore i terapien (Wachtel, 1982). Freud definerte selv motstand som «whatever disturbs the progress of the (analytic) work» (Freud & Brill, 1938, s. 1014), men påpeker i en fotnote at det likevel ikke fornektes at det *kan* oppstå hendelser i løpet av en analyse som ikke kan tilskrives analysandens intensjoner. Freud mente psykoanalyse er «justifiably suspicious» (Freud & Brill, 1938, s. 1014), og han holdt fast ved sitt syn på at tolkning av motstand og overføring utgjør de spesifikke karakteristikene ved hans teknikk (Laplanche & Pontalis, 1988).

Forståelsen av motstand har blitt påvirket av den analytiske tradisjonenes utvikling, og moderne psykoanalyse har blitt rimelig kompleks og variert, bestående av mange ulike teorier og kunnskapsområder som ko-eksisterer i et intrikat og komplisert forhold til hverandre. Et fundamentalt aspekt som skiller postklassisk psykoanalyse generelt fra den tidligere klassiske psykoanalysen er skiftet fra rasjonalisme og objektivisme til subjektivisme og personlig mening (Mitchell & Black, 1995). To grunnleggende teoretiske uenigheter peker seg ut som svært relevante i forhold til motstand: uenighet om årsaken til psykopatologi (traume eller fantasi), og om hva som hindrer bedring (konflikt eller stanset utvikling). Av tekniske uenigheter er vektlegging av fortid vs nåtid, tolkning vs relasjon og forståelse og bruk av motoverføring sentrale (Mitchell & Black, 1995). Disse uenighetene innad i den analytiske tradisjonen vil ikke være hovedfokus for oppgaven, men likevel ligge som et bakteppe og prege diskusjonen av fenomenet også på tvers av retninger.

4 Ulike retningers syn på motstand

4.1 Psykodynamiske og analytiske syn

Arven etter Freud har blitt håndtert på flere ulike måter opp gjennom tidene. De ortodokse freudianerne forsøker å bevare Freuds egne konsepter som tilstrekkelig grunnlag for nåtidig klinisk praksis, andre har funnet det bedre å assimilere hans kliniske innsikter inn i egne rammeverk, mens de freudianske revisjonistene ønsker å bevare Freuds konsepter men samtidig endre dem på fundamentale måter. De siste tiårene har brakt dramatiske endringer i måten psykoanalytikere arbeider med pasienter på, i retning av en mer fleksibel og pasienttilpasset tilnærming der enkelte også kombinerer analytiske teknikker med andre retningers teknikker (Mitchell & Black, 1995). Det er utenfor rammene for denne oppgaven å gi en fullstendig oversikt over status quo i forhold til de ulike analytiske og dynamiske strømningenes syn på motstand. Undersøkelser viser generelt at den klassiske analytiske teorien sitt syn på fenomenet later til å ha blitt videreført og inkorporert i store deler av den moderne litteraturen (Beutler, Rocco, Moleiro, & Talebi, 2001), hvilket også min gjennomgang i hovedsak har antydnet. Det klassiske analytiske synet på motstand anser jeg formidlet gjennom den foregående bakgrunnshistorien, så teoretikere som i stor grad viderefører dette synet gjennomgås ikke her, men får stor plass under avsnittet 'Enigheter og uenigheter'. I det følgende presenteres derimot et utvalg analytiske/dynamiske terapeuter med litt ulike forankringer som har uttalt seg eksplisitt om motstandsfenomenet i senere tid, og har noe å bemerke eller tilføye ved den opprinnelige konseptualiseringen.

Roy Schafer, freudiansk revisjonist, mener det er noe fundamentalt misledende ved måten psykoanalytiske ideer forstås og kommuniseres på; at det går på tvers med den analytiske prosessens natur, og søker derfor å redefinere klassisk freudiansk terminologi; deriblant av motstandsbegrepet (Mitchell & Black, 1995). Schafer (1973) argumenterer for at motstand refererer til en handling som best forstås ut fra et handlingsspråk, hvilket skiller seg kvalitativt fra det freudianske mekanistiske språket. Han foreslår følgende konseptualisering: «In resisting, the person is engaged in two opposing or contra dictionary actions at once» (Schafer, 1973, s. 263). Videre mener Schafer (1973) at selvbedragskonseptet er nøkkelen for å forstå all defensiv aktivitet.. Schafer (1973) ønsker å avansere forståelsen av motstand utover dets overveiende negative fokus på trass og unnlatelse, til å også kunne implisere bekreftende og positive tendenser.

Heinz Kohut, selv-psykolog, lanserte en teori om mennesket som kjempende mot en følelse av isolasjon og meningsløshet, heller enn mot forbudte ønsker (Mitchell & Black, 1995), hvilket preger hans syn på motstand: «The so-called defense-resistances are neither defenses nor resistances. Rather, they constitute valuable moves to safeguard the self, however weak and defensive it may be, against destruction and invasion» (Kohut, Goldberg, & Stepanisky, 1984, s. 141). Flere fra den analytiske/dynamiske tradisjonen ser ut til å være enig med Kohut et al. (1984) i at pasientens avverger er et forsøk på å vokte et sårbart område av sitt emosjonelle liv og på å beskytte seg mot smerte. Færre anser imidlertid dette som uforenlig med motstandsfenomenet, snarere som en sentral del av det (e.g. Basch, 1982).

Langs (1981), amerikansk psykoanalytiker, definerer motstand som: «A term used to describe any impediment within the patient to the work of therapy or analysis» (s. 747). Han mener konseptet er basert på en subjektiv evaluering av terapeuten, og at en snevert sett kan si hindringene er fundert i pasientens forsvar mot intrapsykisk konflikt og angst som uttrykkes i den terapeutiske relasjonen. På det relasjonelle plan mener han imidlertid hindringene ofte er basert på bidrag fra både pasienten og terapeuten, hvilket den klassiske konseptualiseringen ikke favner. Langs (1981) kritiserer den klassiske psykoanalytiske modellen for å oppmuntre til konfrontasjoner og angrep på pasientens motstand som om det kun var hindringer som måtte tilintetgjøres. Hans egen kommunikative modell mener han vektlegger de nødvendige og adaptive aspektene ved motstand, ved å gjenkjenne en stor kapasitet i pasienten til å løse egen motstand, med eller uten bevisst innsikt. Dette endrer også terapeuters holdning til fenomenet på gunstig vis mener (Langs, 1981).

Selv om motstandsfenomenets plass i teorien og dens underliggende komponenter tidvis har blitt rokket ved av den analytiske utviklingen og utvidelsen, ser det ut til at Freuds opprinnelige tanke om fenomenets sentrale rolle i terapiprosessen i stor grad blitt stående: «Among Freud's most important clinical observations was that the patient's difficulties in the analytical situation (the resistance and transference) are not an obstacle to the treatment but the very heart of it» (Mitchell & Black, 1995, s. 8). Dette synet på motstandens sentrale rolle i terapiprosessen, som tilsynelatende forener de analytiske og dynamiske terapeutene, kan utgjøre et viktig skille i forhold til de andre psykoterapeutiske tradisjonenes forståelse.

4.2 Atferdsterapeutiske og kognitive syn

4.2.1 Atferdsterapeutiske (behavioristiske) syn

Mostandskonseptet oppstod sjelden, om noen gang, i den tidlige atferdsterapeutiske litteraturen (Goldfried, 1982). De fleste originale beskrivelsene av atferdsterapi innebar en underliggende antakelse om at klienter, utenom deres representerte problemer, var fullstendig rasjonelle vesener som lett fulgte de fremlagte intervensjonsprosedyrene. Når atferdsterapeutene begynte å applisere prosedyrene på uselekterte kasuser og ble konfrontert med en vid variasjon av komplekse kliniske problemer, ble det imidlertid påfallende at en enkel implementering av passende teknikk ikke alltid var suksessfullt. Terapeutens klare tenkning var ikke alltid i samsvar med klientens ønske eller evne til å etterkomme intervensjonsprosedyrene. I møte med slike tilfeller av terapeutisk non-compliance har emnet *motstand* blitt aktuelt i atferdsterapi (Goldfried, 1982).

Atferdsterapeutiske modeller unngår tradisjonelt motstandsbegrepet og foretrekker å kalle pasienten «noncompliant» (ikke-etterlevende) heller enn «resisting» (motsette seg) fordi de mener den sistnevnte termen tillegger pasientens atferd en motivasjonskomponent (Leahy, 2001). Noncompliance manifesterer seg ofte gjennom at klienten ikke gjennomfører en forhåndsbestemt hjemmeoppgave (Goldfried, 1982). Atferdsterapeuter forsøker å forutse motstandsattferd ut fra atferdsformuleringen, og derved avverge den (Turkat & Meyer, 1982). De har adressert noncompliance i lys av lærings- og belønning- modellen, og foreslår at pasientens feiling i å etterleve terapien kan være resultatet av upassende forsterkninger eller forsterkningsbetingelser (Leahy, 2001). Lazarus og Fay (1982) mener motstandskonseptet trolig er den mest forseggjorte rasjonaliseringen terapeuter bruker for å forklare sine behandlingsfeil. De opplever at terapeuter skylder på pasientens stahet, uvillighet, eller manglende evne til å samarbeide for å forklare manglende progresjon, og er skeptiske til å anse motstand som noe tilhørende pasientens ubevissthet. Lazarus og Fay (1982) vektlegger å undersøke flere mulige grunner til klientens noncompliance, og hevder det i stor grad er terapeutens ansvar å inspirere pasienten.

4.2.2 Kognitive og kognitive-atferdsterapeutiske syn

Kognitive og kognitiv-atferdsterapeutiske tilnærminger til motstand har vært relativt lite tematisert, kanskje på grunn av deres fokus på her-og-nå fungering, deres bruk av intervensjoner som lett kan implementeres og deres tilsynelatende avvisning av betydningen av det ubevisste og forsvar mener Leahy (2001). Kognitiv og kognitiv-atferdsterapi er basert

på et underliggende teoretisk rasjonale om at et individs affekt og atferd i stor grad bestemmes av måten han eller hun konstruerer sin verden. Terapien er designet for å hjelpe klienten til å identifisere, realitetsteste og korrigere maladaptive konseptualiseringer og dysfunksjonelle oppfatninger (Meichenbaum & Gilmore, 1982). Den baserer seg på strukturerte behandlingsopplegg og spesifikke intervensjonsteknikker. Det har den senere tiden blitt mer fokus på nødvendigheten av å tilpasse modellene for å overkomme individuelle hindringer, for eksempel ved å utarbeide kasusformuleringer mener Leahy (2001).

Leahy (2001) mener motstand er et kontekstuell konstrukt, fordi det referer til hvordan en pasient ikke oppfyller en spesifikk rolle definert av terapeuten. Dersom pasienten yter motstand, må en derfor begynne med å forstå hva som forventes av han eller henne i terapien mener Leahy (2001). Enkelte atferder, er imidlertid ansett som motstand uavhengig av behandlingsmodalitet hevder han, for eksempel uteblivelser eller devaluering av terapeut eller behandling. Moyers og Rollnick (2002) foreslår et motiverende intervju (MI) perspektiv på motstand, og konseptualiserer motstand som et produkt av en interaksjon mellom terapeuten og klienten heller enn en statisk klientkarakteristikk. MI beskriver de som en personsentrert, ledende metode for å forbedre indre motivasjon for endring ved å undersøke og løse ambivalens. MI fokuserer ikke på tilegnelse av evner eller restrukturering av forsvar, men belager seg i stedet på at klienten vil være i stand til å implementere atferdsendring selv når ambivalensen er løst (Moyers & Rollnick, 2002).

Ellis (1985) kognitive modell for motstand vektlegger nåværende dysfunksjonell tenkning. Han foreslår at motstand ofte er et resultat av «burde» tenkning, lav frustrasjonstoleranse, urealistiske forventninger, absolutt tenkning, og andre irrasjonelle forestillinger. Håndteringen av motstand er i tråd med hans rasjonell-emotive tilnærming for øvrig, der en direkte konfrontering av pasientens irrasjonelle tenkning vektlegges. I likhet med Ellis modell fokuserer flere kognitive modeller, for eksempel Burns (1999), på kognitive forstyrrelser som avgjørende i forhold til pasientens deltakelse i terapi. De kognitive forstyrrelsene kan ofte henge sammen med pasientens psykiske lidelse mener Leahy (2001), for eksempel automatiske negative tanker ved depresjon. Beck og Freeman (1990) sin skjema modell for personlighetsforstyrrelser foreslår at individer med kroniske eller tilbakevendende problemer har etablert «tidlige maladaptive skjemaer» i barndommen, der unngåelse og kompensasjon foreslås som to sentrale mestringsmekanismer. Skjemaene kan være overdrevne på ulike måter, og manifestere seg som ulike former for ikke-samarbeid hevder Beck og Freeman (1990).

Liotti (1987) hevder at bevaring av meningsstrukturer er i motstandens kjerne. Mye av den opposisjonelle interaksjonen som oppstår i terapi kan forstås via kognitive prosesser som opprettholder en sammenhengende og konsistent følelse av selv over tid og over varierende sosiale kontekster mener han. Kirmayer (1990) støtter seg til deler av Liotti (1987) sin forståelse og mener de konservative kognitive prosessene som opprettholder en sammenhengende følelse av selv forsterkes av selvbevissthet. Ideer og handlinger som er i konflikt med selvskjemaer avvises ofte, og hvis de ikke kan avvises umiddelbart kan klienten ty til sekundære kognitive tilpasninger som dissonans reduksjon, reaktans, emosjonell forverring eller tilbaketrekning. Disse kognitive prosessene ligger bak både symptomformasjon og motstand i følge Kirmayer (1990). Newman (1994) påpeker at klienter ofte kommer til terapi for å lette akutte affektive symptomer, men er mindre sikre på om de er villige til å endre sine langvarige måter å fungere på. Han ønsker at terapeuter skal benytte motstanden som informasjon i arbeidet med å styrke klienters motivasjon for terapeutisk endring, og vektlegger reaksjonene motstand vekker i terapeuten og terapeutens håndtering av disse. Han mener motstand er et fenomen som finner sted uavhengig av terapeutens teoretiske orientering, og at en kognitiv tilnærming har mye å tilby en pasient som er motvillig til å endre seg.

4.3 Integrative syn

I nyere tid har flere teoretikere og klinikere begynt å identifisere seg med et psykoterapeutisk ståsted der en trekker veksler på flere tradisjoners teknikker og praksis. Det har funnet sted en bevegelse mot en psykoterapeutisk integrasjon, som Arkowitz (1997) beskriver slik:

«Psychotherapy integration includes various attempts to look beyond the confines of single-school approaches in order to see what can be learned from other perspectives» (s. 228). Med den integrative tilnærmingens fremvekst later motstandskonseptet til å bli re aktualisert.

Wachtel (1982) fikk flere fremtredende terapeuter fra ulike retninger (referert til tidligere) til å skrive om hvordan de oppfattet motstandsfenomenet. Han mener selv at motstand er et synspunkt på et fenomen, en måte å beskue en prosess på, som er komplementær til andre synspunkter, og et sentralt begrep for å forstå hvordan den terapeutiske prosessen forløper. I den atferdsterapeutiske litteraturen fant Wachtel (1982) snaut med referanser til motstand, i kontrast til det som kom frem når han snakket med atferdsterapeuter om kasuser. Han mener de psykoterapeutiske retningene blir mer komplementære, spesielt når det gjelder

håndteringen av motstand: «As I presented my ideas about a psychodynamic-behavioral synthesis, it became clear that it was particularly with regard to dealing with resistance that the synthesis made a contribution» (Wachtel, 1982, s. xvii). Overraskende for han selv opplevde han at de fleste terapeutene så innover og forsvarte egne posisjoner fremfor å integrere og ta innover seg andres.

Leahy (2001) foreslår en integrativ sosial-kognitiv modell basert på flere ulike motstandsmodeller fra forskjellige retninger. Modellen antyder at motstand ofte er et resultat av emosjonell dys-regulering eller over-regulering, tidlige barndoms opplevelser, og ubevisste prosesser. Den vektlegger både overføring og motoverføring i manifesteringen og modifiseringen av motstand, men stammer ikke fra en psykoseksuell eller energibasert modell, og fremmer ikke en nøytral terapeutposisjon. Modellen trekker veksler på behavioristiske tilnærminger som forsterkning og forsterkningsbetingelser, og på tradisjonelle kognitive forståelser. Han konkluderer med at motstand, slik han selv har konseptualisert det, er en prosess der individet beskytter verdsatte aspekter ved sin selvfungering, og at den kan bli en meningsfull del av en samarbeidende terapiprosess.

Arkowitz (2002) presenterer et integrativt forslag om at motstand reflekterer meningsfull informasjon om klientens konflikter som består av ulike endringsrelaterte selvaspekter. Han har, i likhet med Wachtel (1982), spurt fagfolk fra ulike teoretiske ståsteder om motstand, i håp om å finne fellesfaktorer som kan peke i retning av en mer omfattende og integrativ forståelse. Han finner imidlertid at de ulike terapeutiske tilnærmingene referer til noe ulike fenomener under den vide kategorien motstand. For å bevege oss mot en integrativ teori tror derfor Arkowitz (2002) at vi trenger å utvikle en taksonomi for motstand – et slags klassifiseringsskjema for å kategorisere de ulike aspektene ved klientens fungering som anses som motstand innen ulike teorier. En vil slik kunne finne at ulike typer motstand har ulike røtter og trenger å arbeides med på ulike måter, eller motsatt; at det er nok likheter i årsaker og funksjoner blant forskjellige typer motstand til at en generell strategi kan være aktuell mener Arkowitz (2002).

Engle og Arkowitz (2006) undersøkte både likheter og forskjeller mellom hovedsynene på motstand og konstruerte en integrativ modell basert på noen av fellesfaktorene. De fleste kjernelikhetene fant de konsistente med et humanistisk-erfaringsbasert syn. Den humanistisk-erfaringsbaserte forståelsen av motstand går ut på at personer motsetter seg bevissthet rundt opplevelser som avviker fra selvorganiseringen. Motstandens hensikt anses som å være

beskyttelse; å holde persepsjoner som truer selvorganiseringen ute av bevissthet (Engle & Arkowitz, 2008). På bakgrunn av sin undersøkelse foreslår Engle og Arkowitz (2006) at mange tilfeller av motstand kan forstås som *ambivalens*, manifestert som defensiv unngåelse, non-compliance og et repetitivt mønster av interpersonlig atferd som forårsaker manglende tilfredsstillelse. De fant også at endring vekker motstand fordi det er assosiert med uberegnelighet og ukontrollerbarhet, og at tilnærminger som tilbyr empati og støtte har større sannsynlighet for å fasilitere endring enn mer førende tilnærminger. Engle og Arkowitz (2008) foreslår terapimetoder som er konsistente med en «flerstemt» (multivoiced) integrativ forståelse av ambivalens med base i et humanistisk-erfaringsbasert paradigme. Den flerstemte tilnærmingen bygger på en tanke som går igjen hos ulike retninger om at klienter bringer multiple og ofte konfliktfylte indre stemmer/dialoger til terapi Engle og Arkowitz (2008).

4.4 Empiri og oversiktsartikler

I sin artikkel om den historiske og empiriske status til psykoanalytiske nøkkelkonsepter skriver Luborsky og Barrett (2006) at motstand er ansett som et klinisk fenomen; en atferd i terapien der pasienten bremser endringsraten. Konseptet involverer to konkurrerende prosesser: bevegelsen mot endring og bevegelsen mot å blokkere endring (Luborsky & Barrett, 2006). De mener å se at motstandsbegrepet har blitt bredere med tiden og nå inkluderer enhver mental aktivitet eller atferd som interfererer med behandling. Flere forskere har gjort kvantitative analyser av terapitranskripsjoner i forsøk på å finne bedre konseptualiseringer av motstand, og selv om debatten om en passende definisjon av motstand vedvarer, gir dagens forskning sterk støtte til motstandsfenomenet og dets betydning i psykoterapi hevder Luborsky og Barrett (2006). Beutler, Moleiro, og Talebi (2002) mener at teoretisk litteratur om motstand er motstridende på de fleste områder, men at så og si alle er enige om at pasientmotstand eksisterer, og at mange foreslår liknende implikasjoner, meninger og effekter av dens manifestasjoner. Imidlertid, fortsetter de, varierer teoriene sterkt hva gjelder de antatte årsakene til motstand og metodene brukt for å håndtere det. Beutler et al. (2002) foreslår at å dele inn i spesifikke funksjonelle klasser av intervensjoner (for eksempel styrende vs ikke-styrende) kan være mer hensiktsmessig enn det å velge mellom ulike globale behandlingstrender eller spesifikke teknikker.

Beutler et al. (2001) mener å se i sin oversiktsartikkel at den klassiske analytiske teorien sitt syn på motstand som en iboende, ubevisst streving etter å unngå tanker og følelser som

forårsaker ubehag har blitt inkorporert i mye av den moderne litteraturen, til og med i dagligtale. Utenfor det analytiske rammeverket har det fått mest oppmerksomhet innen sosialpsykologien, med S. S. Brehm og Brehm (1981) sin teori om reaktans, hvilket Beutler et al. (2001) mener ofte anses som en prototyp, ekstrem versjon av motstand (opposisjonell atferd). Som en generell regel foreslår forskning at motstand forhindrer oppnåelse av terapeutiske mål, og at terapiens effektivitet er korrelert med relativt fravær av motstand, (Beutler et al., 2001). Å overkomme og redusere pasientmotstand anser Beutler et al. (2001) derfor som et vesentlig mål i enhver behandling. De bemerker imidlertid at forskningen som viser at resistente pasienter opplever mindre bedring og mer drop-out kan være delvis kunstig, fordi motstand både defineres av og definerer fremgang, og at for å unngå en slik sirkularitet må en separat identifisere nivåer av pasientmotstand og deres behandlingsutfall (Beutler et al., 2001). Beutler et al. (2001) finner også at pasientmotstand har en konstant påvirkning på valg av intervensjoner uavhengig av teoretisk opprinnelse. De mener å se et gjennomgående skille mellom motstand som tilstand og trekk, og at motstand fungerer som en modererende variabel i å bestemme ulik effekt av terapeutstyring. For eksempel finner de moderat sterk evidens for at pasienter med høy trekkliknende motstand vil profitere mest på ikke-styrende intervensjoner, og motsatt; at de som entrer terapi med lave nivåer av trekkliknende motstand profiterer mest på terapeutstyring intervensjoner (Beutler et al., 2001). Beutler et al. (2001) konkluderer med at det er en sterk støtte for det negative forholdet mellom forhøyet pasientmotstand og terapeutisk utfall, uten at den kausale årsaken til dette er klart.

Haugaard og Sandberg (2008) hevder det generelt er sparsomt med litteratur i forhold til hvordan en skal forholde seg til motstand i terapi. I sin artikkel søker de å demonstrere at forskning på motstand er kongruent med kognitiv terapi sine teoretiske konstrukt, hvilket gjør systematisk arbeid med motstand mulig innen et kognitivt rammeverk. I følge Haugaard og Sandberg (2008) har mange kognitive terapeuter et noe ambivalent forhold til motstandsbegrepet grunnet de ubeviste motiverende konnotasjonene assosiert med ordet. De finner at det eksisterer flere kognitive definisjoner av motstand (e.g. Beutler et al., 2001; S. S. Brehm & Brehm, 1981; Newman, 2002; Safran & Segal, 1990), og mener motstand, konseptualisert bredt, kan referere til enhver hindring av behandling, inkludert faktorer assosiert med terapeuten og dens atferd. De mener det kan være hensiktsmessig med en mer rigid konseptualisering av motstand i kognitiv teori og praksis.

Haugaard og Sandberg (2008) mener det fortsatt er et åpent spørsmål hvorvidt en diskusjon om motstand innen kognitiv terapi over hode er nødvendig; tradisjonen ser ut til å ha klart seg

fint uten så langt. Uttalheten på feltet kan imidlertid også antyde et behov for en nærmere undersøkelse mener de, og spekulerer i om den manglende interessen for fenomenet kan henge sammen med de terapeutiske områdene som kognitiv terapi har fokusert på (depresjon og angst) som kan behandles ved å adressere symptomer. I nyere tid, når kognitive terapeuter også håndterer personlighetsforstyrrelser, synes Haugaard og Sandberg (2008) å se et skifte i fokus mot mer grunnleggende psykologisk organisering hos klienten, og når de inspiserer litteratur vedrørende denne typen problematikk finner de at forfatterne faktisk diskuterer temaer som passer under motstandskonseptet, selv om de ikke kaller det motstand. Haugaard og Sandberg (2008) mener både kognitiv og psykodynamisk terapi internaliserer psykologiske problemer, men at kognitiv terapi innehar et samtidig potensiale for eksternalisering av disse problemene, som en konsekvens av retningens konstruktivistiske perspektiv. Også i forhold til terapeutautoritet har den kognitive terapien en tosidighet hevder de; ekspertposisjon og konstruktivisme. Dette gir det kognitive paradigmet fleksibilitet til å tilpasse seg spesifikke krav i terapi, som potensielt reduserer motstand assosiert med trusler mot klientens identitet og integritet, følelse av agens og kontroll (Haugaard & Sandberg, 2008).

5 Enigheter og uenigheter

5.1 Konseptualisering og teorier om mekanismer

Fra et analytisk ståsted og som utgangspunkt for oppgaven konseptualiserer Laplanche og Pontalis (1988) motstand som «everything in the words and actions of the analysand that obstructs his gaining access to his unconscious» (s. 394). Konseptualiseringen forutsetter en teori om det ubevisste, og impliserer at individet hindres av seg selv i å få tilgang til kunnskap om/deler av seg selv. Denne hindringen beskriver Laplanche og Pontalis (1988) som ord og handlinger, hvilket eksternaliserer manifestasjonen av motstand, mens det som forhindres tilgang til er internt i pasienten. At pasienten *hindrer* seg selv impliserer også at motsatsen befinner seg i han/henne; å bli hindret betyr at det er noe en ønsker. Hva individet hindres fra er det ulike teorier om både innad og på tvers av psykoterapeutiske tradisjoner, og her later det til å kunne finnes noen møtepunkter på tvers. Liotti (1987) og Kirmayer (1990) sine forslag om at bevaring av meningsstrukturer er i motstandens kjerne kan for eksempel sammenliknes med analytiske/dynamiske tanker om forsvar som beskyttelse og frykt for selverkjennelse. Som Liotti (1987) selv understreker er hans beskrivelse og forståelse likevel på et annet nivå enn de analytiske begrepene, og derved ikke komplementære. Teorier om det ubevisste er generelt lite anerkjent utenfor det analytiske/dynamiske paradigme, hvilket uunngåelig medfører grunnleggende uenigheter (e.g. Haugaard & Sandberg, 2008).

Den indre konflikten i kjernen av de analytiske definisjonene av motstand later til å være lite sentral i kognitive og atferdsterapeutiske konseptualiseringer av fenomenet, der striden eksternaliseres og omhandler pasientens hindring av terapeutiske intervensjoner eller liknende. Dette gir imidlertid mening dersom en legger til grunn at disse retningene ikke belager seg på teorier om det ubevisste. I så tilfelle vil manifestasjonen av motstanden bli det sentrale ved fenomenet, hvilket kommer til uttrykk eksternt også i Laplanche og Pontalis (1988) sin konseptualisering. Arkowitz (2002) foreslår fra et integrativt ståsted at motstand kan bestå av to typer underliggende konflikter: konflikter mellom begjær/ønsker og frykt, og konflikter mellom burder (selvdirektiver om endring) og opposisjonelle holdninger til direktiver. Konflikten mellom ønsker/begjær og frykt er i tråd med analytisk teori, mens burder og opposisjon forklarer Arkowitz (2002) ut fra S. S. Brehm og Brehm (1981) sin teori om reaktans. Wachtel (1982) mener en del ikke-analytiske terapeuter er hemmet som følge av

et manglende fokus på konflikt, men tror imidlertid mange bryr seg med konflikt i mye større grad enn hva som fremkommer fra deres skriftlige arbeider.

Dewald (1982) og fler med han kritiserer atferdsterapeuter for å legge hovedvekt på pasientens feiling i å utføre terapeutens anmodninger (eksternalisering), og for at de anser motstand som noe som pasienten bevisst kan styre. Motstand er ikke noe pasienten gjør mot terapeuten i følge mange analytiske/dynamiske representanter, men en intrapsykisk streven og et forsøk på beskyttelse, som kan anses som en form for kommunikasjon om og håndtering av smertefulle indre konflikter. At motstand reflekterer meningsfull informasjon mener Arkowitz (2002) det er relativt god konsensus om i nyere tid, hvilket kognitive og integrative representanter i denne oppgaven også har bekreftet (e.g. Newman, 1994). Kritikken mot den analytiske/dynamiske forståelsen handler mye om det motsatte: plasseringen av motstanden i pasienten som en ubevisst kraft, og i forlengelsen av dette; å tillegge pasienter skyld og motiver de egentlig ikke har (e.g. Kirmayer, 1990; Safran & Segal, 1990; Wilson, 1984). Goldfried og Davison (1994) påpeker at dersom en virkelig aksepterer antakelsen om at atferd er betinget vil enhver vanske som oppstår i terapi kunne spores tilbake til terapeutens manglende eller uriktige evalueringer. Flere med han mener det opprinnelige motstandskonseptet utelater sentrale kontekstuelle og relasjonelle aspekter. De færreste foreslår som Goldfried og Davison (1994) å utelukkende vektlegge kontekst, men flere foreslår å konseptualisere motstand som et produkt av en interaksjon mellom terapeuten og klienten (e.g. Moyers & Rollnick, 2002). At flere av atferdsterapeutene retter kritikk mot den analytiske konseptualiseringen for å tillegge pasienten «skylden» for motstanden er interessant med tanke på at atferdsterapeutiske termer som noncompliance og «counter control» antyder nettopp intensjonalitet og en motstanderholdning mellom klient og terapeut (Lewis & Evans, 1986). Noncompliance konseptualiseringen antyder at det finnes noe helt bestemt å «etterleve» (comply) og implisitt at motstand er et hinder som må overkommes, hvilket preger de fleste atferdsterapeutiske og til dels kognitive operasjonaliseringene. Disse konseptualiseringene reflekterer ikke en indre dynamikk verken på kognitivt eller emosjonelt nivå, og fremstilles som en hendelse. Motstand er derimot innen det analytiske/dynamiske perspektivet mer ansett som en kontinuerlig pågående prosess (Schlesinger, 1982).

Kognitive konseptualiseringer og teorier om motstand vektlegger dysfunksjonell tenkning (Ellis, 1985) og maladaptive skjemaer (Beck & Freeman, 1990), men også omstendigheter, terapeuten og situasjonen. De mer metakognitive konseptene (e.g. Beck & Freeman, 1990) ser ut til å kunne nærme seg dynamiske konsepter med økt fokus på mer grunnleggende

psykologisk organisering (Haugaard & Sandberg, 2008). Vektleggingen av kontekstuelle faktorer er imidlertid sentralt også fra et kognitivt perspektiv, og et vedvarende skille fra det analytiske konseptet. Basch (1982) savner, fra et analytisk ståsted, en diskusjon av motstand der det er lagt til grunn at fenomenet oppstår til tross for «gode nok» terapeutiske intervensjoner.

Dewald (1982) mener kognitive/atferdsterapeuter ikke har gitt noen helhetlig, klinisk anvendelig, konseptuell forståelse av motstandsfenomenet, og at psykoanalytiske kliniske observasjoner av motstand ligger langt foran annen litteratur. Når en går enkelte av terapeutene mer i sømmene i forhold til hva de faktisk gjør i klinisk praksis kan en imidlertid se at mer komplekse bilder og fellespunkter dukker opp; for eksempel kan tanker om at klientens forventninger ligger bak motstand (Meichenbaum & Gilmore, 1982) sammenliknes med de analytiske/dynamiske teoriene om beskyttelse og repetering av relasjonelle scenarier. Dette støtter blant annet Leahy (2001) og Wachtel (1982)sine påstander om at terapeutene er mer uenige i teori enn praksis. Newman (2002) mener at til tross for teoretiske forskjeller går denne enigheten igjen; at motstand innebærer de aspektene ved klientens fungering som søker å opprettholde status quo i sine psykologiske liv. Denne hypotesen bekreftes av representanter i denne oppgaven (Blatt & Erlich, 1982; Mahoney, 1991; Meichenbaum & Gilmore, 1982). Nåværende væremåter kan være begrensende, men er likevel kjente og forutsigbare; en kan håpe at endringen er til det bedre, men vi er usikre inntil vi opplever det direkte (Arkowitz, 2002). Wachtel (1982) mener det ligger i psykiske problemers natur at pasienten er forhindret i å gjøre det som skal til for å få det bedre, og at dette dilemmaet er i hjertet av motstandskonseptet.

5.2 Manifestasjon

Det mest interessante vedrørende manifestasjoner av motstand er kanskje at det er såpass lite eksplisitt omtalt og operasjonalisert i litteraturen. De beste beskrivelsene av motstandens manifestasjoner finnes i forfatternes kasuseksempler, for de som har brukt det, hvilket krever en subjektiv tolkning av manifestasjonene fra leserens side. Kognitive og atferdsterapeutiske tilnærminger operasjonaliserer manifestasjoner av motstand tidvis tydelig men snevert, andre ganger oppramsende og for vidt til å oppleves nyttig. Goldfried (1982) hevder fra et atferdsterapeutisk syn at noncompliance manifesterer seg gjennom at klienten ikke gjennomfører en forhåndsbestemt hjemmeoppgave. Ikke-samarbeidet kan imidlertid

manifestere seg både direkte og mer subtilt påpeker Beck og Freeman (1990) fra et kognitivt perspektiv, og Arkowitz (2002) hevder fra et integrativt perspektiv at motstandsfenomenet kan observeres på både atferdsmessig, interpersonlig, kognitivt og affektivt nivå. Engle og Arkowitz (2008) mener atferd som definerer motstandens tilstedeværelse kan være fornektelser/forvrengninger av opplevelser som motgår et persipert selv, atferd som indikerer ambivalens eller indre konflikt, eller manglende kontakt med miljøet. Dewald (1982) mener atferdsterapeutene feiler i å gjenkjenne manifestasjoner av motstand som er mer subtile og karakteristiske, så vel som manifestasjoner av motstand som oppstår utenfor pasientens bevissthet.

Tradisjonelt har motstand blitt brukt nesten synonymt med forsvar fra et analytisk ståsted, og kan observeres som blant annet diskontinuitet, fragmentering eller desorganisering av flyten i materialet og i utviklingen av den terapeutiske alliansen (Blatt & Erlich, 1982). Implisitt ligger det imidlertid at disse forstyrrelsene av det terapeutiske arbeidet har sitt opphav hos pasienten, ikke terapeuten eller situasjonen for øvrig. Hvordan og om dette er mulig å observere, eller forsvarlig å bygge sine teorier på, er et gjennomgående tema for debatt. At forstyrrelsene er manifestasjoner av pasientens indre liv vurderes trolig ut fra den totale situasjonen, god kjennskap til pasienten og dens dynamikk, og god kjennskap til egne (terapeutens) bidrag, uten at jeg har funnet dette beskrevet tydelig i litteraturen her.

Vurderingene hviler også på den bakenforliggende teorien om motstand; deriblant opphav og underliggende komponenter, hvilket gjør det mulig å danne hypoteser om at det som manifesterer seg som terapeutisk hindring i en gitt situasjon er motstand, ikke tilfeldige forstyrrelser. Når det er sagt later den den analytiske tradisjonen til å vektlegge at pasientens respons er avgjørende informasjon i forhold til å forstå hva som foregår (e.g. Dewald, 1982). En slik retrospektiv operasjonalisering er trolig mindre egnet innen et kognitivt eller atferdsterapeutisk paradigme (og dagens forskning) der intervensjoner planlegges med tanke på å medføre helt konkrete endringer som manifesterer seg på forutsigbare måter.

5.3 Former

Freud beskrev fem variasjoner av motstand: fortrenkning, overføring, sekundærgevinst (ego-motstand), repetisjonstvang (id-motstand) og følelse av skyld og behov for straff (superego-motstand) (Dewald, 1982). Både analytiske/dynamiske, kognitive/atferdsterapeutiske og integrative terapeuter gir inntrykk av at de mener det finnes ulike typer eller former for

mostand. Mest konsensus er det kanskje om at det finnes motstand som er knyttet til mer vedvarende trekk og motstand som er knyttet til en mer forbigående her og nå tilstander. Det fremkommer ellers ingen andre åpenbare mønstre innad eller på tvers av retningene i hvordan de deler inn motstanden utover det som nødvendigvis følger av deres tilhørighet til sitt rammeverk. For eksempel deler Lazarus og Fay (1982) fra et atferds-terapeutisk ståsted motstand inn i individuelle karakteristikk, interpersonlige og systemiske prosesser, og terapeuten/relasjonen, hvilket gjenspeiler deres vektlegging av motstand som mer situasjonelt og relasjonelt, mens flere fra et analytisk/dynamisk orientert ståsted (e.g. Blatt & Erlich, 1982) nevner overføringsmotstand.

Flere skiller altså på tilstand og trekk, og en del mener type motstand kan si noe om anbefalt håndtering. Leahy (2001) mener motstand uttrykkes i ulike dimensjoner der hver dimensjon har en relativt selvstendig logikk, og derfor må forstås og adresseres ut fra den bestemte dimensjonen og logikken. Blatt og Erlich (1982) hevder det er en direkte link mellom analyse av de ulike nivåene av motstand og forekomsten av ulike typer endring i terapiprosessen. At type motstand fordrer en viss type håndtering er også registrert av nyere forskning på området (e.g. Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2001). Mahalik (1994) fant dessuten at motstanden endrer seg som funksjon av klienten, terapeuten, og terapeutens responsmodus. Dette innebærer at type terapi også kan påvirke form for motstanden som oppstår, hvilket kompliserer en sammenlikning på tvers.

5.4 Håndtering

Dewald (1982) fremhever blant annet konfrontasjon, klargjøring, tolkning, og å assistere pasienten i gjennomarbeiding av motstand som vanlige måter å håndtere motstand på i psykoanalyse og i det han kaller psykoanalytisk terapi. Han mener kun pasienten selv kan modifisere, redusere eller eliminere en bestemt motstand, og at terapeutens oppgave er å overholde den overordnede terapeutiske strategi: å øke pasientens bevissthet rundt motstanden og derved fostre og støtte pasientens forsøk på å overkomme den. Håndteringen av motstand innen den analytiske og dynamiske tradisjon innebærer altså forsøk på å påvirke pasientens *holdning* til egen motstand, ikke selve motstandsattferden. Tanken er at pasienten selv vil søke å modifisere sin egen motstandsattferd som følge av økt innsikt og identifisering med terapeutens holdning og funksjon (e.g. Dewald, 1982; Schlesinger, 1982).

Dette skiller seg tydelig fra kognitive og atferdsterapeutiske tilnærminger, som på ulike måter vektlegger at terapeuten har ansvar for å påvirke pasientens motstand (e.g. Haugaard & Sandberg, 2008). Atferdsterapeutiske modeller vektlegger å «skape» atferden gjennom godt tilpassede og stegvise atferdsprogrammer (Leahy, 2001). Terapeutens rolle er å trigge klienten til å forsøke nye måter å handle, og å støtte og forsterke slike forsøk når de oppstår (Goldfried, 1982). I kognitiv terapi forsøker de å endre attribusjoner og forstyrre syklusen av symptomoppretholdelse (Kirmayer, 1990). Moyers og Rollnick (2002) hevder at hvis terapeuten virkelig ikke har noen investering i terapiutfallet så finnes ikke motstand. Det råder generelt en tanke innen den kognitive og atferdsterapeutiske tradisjonen om at håndteringen går ut på å forhindre, omgå eller bøte på motstanden, med det mål å fjerne den slik at endring kan finne sted (e.g. Beck & Freeman, 1990; Lazarus & Fay, 1982; Meichenbaum & Gilmore, 1982; Safran & Segal, 1990). I tråd med dette fremhever Leahy (2001) og Newman (1994) utarbeiding av kasusformuleringer som en god måte å håndtere individuelle hindringer på, og Kirmayer (1990) foreslår å identifisere de spesifikke mekanismene som er aktive ved motstanden slik at terapeuten kan skreddersy intervensjoner etter klientens nåværende kognitive modus. Fokuset på å legge opp behandlingen med den hensikt å minimere motstand er et viktig teoretisk skille fra en analytisk/dynamisk forståelse, selv om jeg mistenker det her vil kunne råde en del private teorier (Sandler, 1983) innad i retningene. Fra et analytisk ståsted er rammene, et stabilt terapeutisk miljø og en moderasjon av terapeutens egne variasjoner teknisk svært viktig, og legger grunnlaget for andre terapeutiske intervensjoner, deriblant tolkning.

Schlesinger (1982) hevder at endring generelt er utfallet av en fortolkende prosess, og de fleste analytiske/dynamiske representantene i denne oppgaven fremhever på en eller annen måte tolkning som sentralt ved håndtering av motstand. Målet med tolkningsintervensjoner er at pasienten får en forståelse for og innsikt i motstanden, ikke bare visshet om dens eksistens (Dewald, 1982). Tolkningen av motstanden må repeteres, og i vellykkede tilfeller blir pasienten i økende grad ansvarlig for egen motstand, i stand til å gjenkjenne dens operasjoner, og aksepterende overfor motstanden som en funksjon i en selv mener Dewald (1982). Han kritiserer atferdsterapeuter for å ikke se de viktige terapeutiske elementene som fremkommer ved tolkning. Haugaard og Sandberg (2008) vedgår fra et kognitivt ståsted at en eller annen form for tolkning fra terapeuten kan være nødvendig, men ikke med den hensikt å avdekke ubevisst materiale. Schlesinger (1982) påpeker at «konfrontasjon» av motstand krever god allianse; tillit og samarbeid, og ikke for høyt angstnivå. Han er, fra et analytisk ståsted, ikke

utelukkende for tolkning av motstand, og mener en del av tolkningsarbeidet kan gjøres av pasienten selv, og/eller i metafor.

På sett og vis er de kommunikative mulighetene som ligger i metaforen og i overføringen mer imponerende enn deres motstandskraft, og dessuten essensielle for den terapeutiske prosessen mener Schlesinger (1982). Terapeutens skal hjelpe pasienten med å kommunisere mer effektivt, og det kan tidvis være hensiktsmessig å forsøke å kommunisere gjennom motstanden fremfor å tolke på den mener han. Dette kan minne om håndtering av motstand ved MI, der de forslår å «rulle» med motstanden ved å møte den med refleksjon heller enn konfrontasjon (Moyers & Rollnick, 2002). Moyers og Rollnick (2002) sammenlikner imidlertid dette med kampsportteknikker, og deres hensikt med å gå med motstanden; å unngå å konfrontere den, skiller seg fra Schlesinger (1982) sin teori. Engle og Arkowitz (2008) foreslår fra et integrativt perspektiv at intervensjoner som adresserer indre stemmer/dialoger som berører konflikter relatert til endring er best egnet for å jobbe med motstand (e.g. MI (Moyers & Rollnick, 2002) og to-stols metoden (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993)) fordi de deler en felles ånd og terapistil som aksepterer klientens verdensanskuelse og skaper et sterkt samarbeid mellom terapeut og klient.

Et alternativ i følge Schlesinger (1982) er å se pasientens forsvar som en måte å forsøke å kontrollere terapeutens (overføringsobjektets) atferd på, hvilket vekker ubehag i terapeuten og inspirerer en konfrontasjon (enactment). For å håndtere slik motstand foreslår Schlesinger (1982) en «terapeutisk splitt», der terapeuten ser interaksjonen over pasientens skulder, og derved kan empatisere med pasientens frykter og behovet for forsvaret han uttrykker i motstanden. Basch (1982) mener kognitive/atferds-terapeutiske terapeuter i for liten grad tar overføringsrelasjonen til etterretning: «Resistance, when it is genuine and not a euphemism for the therapist's lack of understanding, experience, or effort, is resistance in and/or to the transference» (Basch, 1982, s. 189). Han mener en analytiker vil skifte fokus mot overføringen og den terapeutiske relasjonen i møte med motstand, og lurere på om kognitive/atferds-terapeutiske terapeuter heller holder fokus på det umiddelbare problemet. Newman (1994) mener imidlertid fra et kognitivt ståsted at terapeuter bør være selvbevisste i forhold til egne holdninger og bidrag i møte med klientens motstand, og bestrebe en velvillig, vedvarende, utforskende holdning. Basch (1982) antyder at det kan være større enighet om håndteringen av motstand i praksis enn teoretisk, hvilket en også kan se hos teoretikere nevnt her når de gir mer konkrete eksempler på hvordan de møter fenomenet i praksis.

6 Diskusjon

Det ser ut til å råde mer eller mindre uttalte uenigheter om motstandsfenomenet på flere ulike nivåer både innad og mellom de terapeutiske retningene. Det virker ut fra denne gjennomgangen som at de fleste utenfor det analytiske eller dynamiske rammeverket forholder seg til fenomenet på en eller annen måte, men av ulike grunner avviser den tradisjonelle konseptualiseringen. Enkelte foreslår motstandsfenomenet kan trenge en oppdatert re-konseptualisering som kan gjelde på tvers av retninger. I det følgende vil jeg se nærmere på sentrale aspekter ved motstandsfenomenet som det har vist seg å være uenighet om eller uklarheter ved, og komme med forslag til videre utforskning. Jeg er i denne delen av oppgaven mindre opptatt av hvem som er uenige med hvem (teoretiske forankringer), og mer opptatt av hva disse uenighetene dypere sett kan dreie seg om. Til slutt vil jeg drøfte utsiktene for en felles konseptualisering av motstand ut fra den foreliggende litteraturen.

6.1 Underliggende antakelser

6.1.1 Mål og endringsforståelse

Gjenkjennelsen av en bestemt motstand må være korrelert med det overordnede målet i den aktuelle terapien og terapiprosessens natur hevder Dewald (1982). For eksempel vil en pasients etterlevelse av terapioppgavene kunne anses som både motstand og ikke motstand avhengig av målsetningen. Hva en anser som terapiens mål er trolig også preget av grunnleggende forestillinger om verden hos den enkelte terapeut og den terapeutiske retningen han/hun tilhører, som beskrevet av Schafer (1970). Blatt og Erlich (1982) mener en diskusjon av motstand på tvers av retninger berører og fremhever noen av de primære forskjellene vedrørende oppfatninger om psykoterapeutisk behandling. En undersøkelse av motstand belager seg altså på fundamentale aspekter ved de ulike psykoterapiene, deriblant deres tanker om mål og forståelse av endring, hvilket vi skal se nærmere på her.

Meichenbaum og Gilmore (1982) vektlegger fra et atferdsterapeutisk ståsted endring i klientens villighet til å finne og teste mulige alternative mestringsstrategier, både atferdsmessige og kognitive. Målet med terapien mener de er å gi pasienten evnene som trengs for å håndtere de uunngåelige problemene når de oppstår. I prinsippet er det ikke noe iboende i den atferdsterapeutiske modellen for endring som foreslår at det kan forventes

vansker med å implementere den terapeutiske prosedyren hevder Goldfried (1982), hvilket vitner om et syn på endring som noe «smertefritt». Tanker om endring hos kognitive/atferdsterapeutiske retninger fremstår generelt mer instrumentelle enn hos analytiske, og de forsømmer i følge Blatt og Erlich (1982) det relasjonelle aspektet. Dewald (1982) kritiserer atferdsterapeuter for å holde seg til å beskrive manifest atferd på nivå med pasientens bevisste forklaringer, uten å stille seg spørsmålet om hvorfor slik atferd oppstår. Lazarus og Fay (1982) på sin side opplever det vanskelig å finne overbevisende punkter ved motstand å diskutere med analytiske terapeuter: «We found that their basic assumptions about people, about the nature of psychological distress, and about the active ingredients of change are so much at variance of our own clinical perceptions and judgements that meaningful dialogue is virtually precluded» (s. 219). Arkowitz (2002) mener fra en integrativ posisjon at deres oppgave i arbeidet med motstand er å *fasilitere* endring, og at de derfor forsøker å ikke alliere seg med noen side av klientens ambivalens. Målet er økt bevissthet og integrasjon, ikke nødvendigvis å oppnå den ene eller andre siden av ambivalensens mål. Slik sett virker deres posisjon i alle fall teoretisk nærmere det analytiske/dynamiske ståstedet enn det atferdsterapeutiske, som anser en bestemt endring som selve målet.

Innad i den analytiske tradisjonen ser det også ut til å være uenigheter om hva som fasiliterer og er ønsket endring. Spesielt later det til å være et skille mellom de som anser det relasjonelle som hovedkilde til endring, og de som anser innsikt/selverkjennelse som det sentrale, hvilket kan spores tilbake til den tidlige analytiske historien og fremveksten av objekt-relasjons teorier (Mitchell & Black, 1995). Blatt og Erlich (1982) mener progresjon i terapi involverer både utvikling av større kapasitet for refleksiv selvbevissthet og forsakelse av infantile objektvalg og infantile måter å relatere på. Målet med terapi er ikke utelukkende økt kapasitet for selvbevissthet, men utnyttelse av denne bevisstheten for å etablere en frihet til å utforske og relatere, endre seg og vokse – frihet til å kunne velge. De grunnleggende målene i dynamisk psykoterapi er derfor å redusere intensiteten av motstand mot indre opplevelser og mer modne relasjonsformer; å gjøre individet i stand til å frigjøre seg fra behovet for å repetere begrensede og uheldige interaksjoner; og å redusere pasientens frykter for endring og vekst (Blatt & Erlich, 1982). Schlesinger (1982) definerer i tråd med dette intrapsykisk og strukturell endring som korresponderende med endring hos pasienten i forhold til meningen av store livshendelser, relasjoners signifikans, og måter å løse problemer på. Dewald (1982) hevder at ett tegn på terapeutisk suksess er at pasienten gjenkjenner og

overkommer egen motstand; at gjennomarbeiding av motstand er i kjernen av det som virker kurativt ved terapeutisk behandling.

Winnicott var kjent for å stille spørsmålet: «What is there to live for?» (Winnicott, 2005, s. xiv), og antydte det ikke var nok å kunne kurere symptomer. Spørsmålet om hva som er ønsket endring, for eksempel symptomlette eller strukturell forandring, er fortsatt aktuelt i dag; kanskje mer enn noen gang i forbindelse med evidensbasert behandling. Teoretiske modeller ser altså ulikt på mål og endring; noe forenklet kan en si at psykoanalytiske modeller søker «strukturell» forandring, atferdsterapeuter endret atferd, og kognitive terapeuter endret tankegang (og medfølgende affekt og handling). Dette medfører at en pasient som eksempelvis har overkommet en agorafobisk atferd, som frykt for å ta t-bane, kan anses som bedret av en kognitiv-atferdsterapeut men ikke nødvendigvis av en analytiker. Leahy (2001) mener likevel retningene deler et felles syn på terapi som ufullstendig med mindre den har adressert pasientens *underliggende sårbarheter*. Ulike syn på fremgang og endring har uunngåelige implikasjoner for synet på motstand, og må trolig tas til etterretning for å få gode sammenlikninger på tvers.

6.1.2 Allianse

Relatert til terapiens målsetning og endringsforståelse kommer et annet sentralt begrep inn i bildet, nemlig alliansen. I den tidlige atferdsterapeutiske tradisjonen var den terapeutiske relasjonen ansett som relativt uviktig (Safran & Segal, 1990). Ettersom de begynte å ta til seg mer av det sosiale læringsperspektivet (Bandura, 1969) begynte imidlertid den terapeutiske relasjonen å få en mer sentral rolle også her. Betydningen av allianse i terapeutisk behandling er det i dag konsensus om på tvers av retninger, og anses som en viktig fellesfaktor for terapiens utfall. Bordin (1979) mente at det psykoanalytiske konseptet om arbeidsallianse kunne generaliseres til andre terapiformer. Hans operasjonalisering av konseptet, som fortsatt vektlegges i dag, anser allianse som bestående av tre elementer – et emosjonelt bånd mellom behandler og klient, enighet mellom behandler og klient om terapeutiske oppgaver, samt enighet om behandlingsmål (Bordin, 1979). Spesielt interessant i denne sammenheng er hvordan retningene forholder seg til enighet om oppgaver og mål. Dette vil kunne påvirke motstandsbegrepet på flere måter. Et spørsmål man kan stille seg er om allianse definert som «enighet om terapeutiske oppgaver og mål» står i motsetning til motstandsbegrepet. Det vil si; dersom pasienten for eksempel motsetter seg terapeutiske oppgaver, er alliansen da nødvendigvis dårlig?

I den senere tid har forskere og teoretikere argumentert for en negativ sammenheng mellom motstand og allianse, en positiv sammenheng mellom allianse og positive terapeutiske utfall og relatert negativ sammenheng mellom motstand og positive terapeutiske utfall (Callahan, 2000). Enkelte antyder at motstand blokkerer dannelsen av en god arbeidsallianse (Luborsky & Barrett, 2006). Davanloo (1980) sin korttidsdynamiske psykoterapi (ISTDP) belager seg nettopp på en antakelse om at å redusere pasientmotstand og å øke pasientallianse er kritisk for terapeutisk bedring, og at pasienten til enhver tid i terapi befinner seg på et kontinuum mellom fullstendig allianse og fullstendig motstand. Innen det analytiske feltet gir imidlertid ikke dette forholdet mellom allianse og motstand helt mening.

Med utviklingen av ego-psykologien, der ikke bare id men også ego forsvares, blir pasientens ønsker om tilfredsstillelse og selvbevarelse mer komplekse og sammensatt (Mitchell & Black, 1995). Slik kan en se for seg hvordan terapeutens deltakelse i pasientens indre landskap er et bidrag pasienten selv kan ha et svært ambivalent forhold til. Fremveksten av objekt-relasjons teorien endrer imidlertid noe på dette bildet. Basch (1982) mener at det også må være en faktor over pasientens lidelse som motiverer til endring, og at denne faktoren er den terapeutiske overføringen; beredskapen til å finne noen som man kan gjenoppleve fryktene, ønskene, og relasjonene fra fortiden i håp om å restrukturere selvet langs lykkeligere og mer anvendbare linjer. Pasienten motiveres altså til å gå inn i motstand og smerte av mulighetene som ligger i den terapeutiske relasjonen. Ut fra dette synspunktet kan den terapeutiske alliansen være selve grunnlaget for at pasienten skal kunne uttrykke sine plager og frustrasjoner. I den senere tid har det også kommet noe forskning som antyder at motstand og allianse ikke nødvendigvis står i motsetning til hverandre. Det kan se ut til at pasientens engasjement og involvering i terapien kan opprettholdes selv gjennom perioder der pasienten uttrykker sterk motstand mot både terapeuten og terapien, og at en dypere og sterkere allianse kan fortsette å utvikle seg positivt over tid til tross for perioder med opp og nedturer i den terapeutiske relasjonen (e.g. Horvath & Luborsky, 1993; Nuetzel, Larsen, & Prizmic, 2007).

Dersom motstanden er rettet mot selve alliansen vil imidlertid det terapeutiske arbeidet nødvendigvis vanskeliggjøres. Eksempler på dette er pasienter som tilsynelatende viser lite motstand, uten å egentlig relatere til terapeuten på et dypere plan, eller som på andre måter viser motstand mot selve overføringen. Spesielt problematiske former for motstand kan være relatert til nettopp relasjonen og overføringen, som illustrert av for eksempel Klein sitt misunnelseskonsept (Mitchell & Black, 1995). Denne formen for motstand kan være knyttet til mer mangelpatologiske tilstander, som vi kommer tilbake til. Innen et analytisk/dynamisk

rammeverk vil en trolig hevde at dersom pasienten motsetter seg relasjonen er det nettopp *det* som er det terapeutiske arbeidet – allianse og tillit, og ikke at der forhindrer det *egentlige* arbeidet. Hvordan en forstår forholdet mellom allianse og motstand kommer åpenbart an på hvordan man definerer allianse, eksempelvis hvilke elementer en vektlegger ved Bordin (1979) sin modell, hvilket igjen er knyttet til mer overordnede tanker om mål og endring. Uenighetene illustrert her kan imidlertid også være relatert til forståelsen av motivasjon, som Basch (1982) er inne på. Dersom en vektlegger symptomreduksjon som årsaken til at pasienten kommer til timene; som den «drivende komponenten», vil det også være mer nærliggende å anse motstand og allianse som motsetningsforhold. Dersom en tenker pasienten også motiveres av andre krefter; drifter, selverkjennelse, relasjonelle behov eller annet, vil alliansen trolig være mindre truet av perioder med økt lidelsestrykk og opplevelser av negativ affekt overfor terapeuten og terapien.

6.1.3 Overføring og motoverføring

Overføring og motoverføring kan sies å være sentralt for den analytiske forståelsen av psyken. Som vi har sett kan motstand forstås som forsvar uttrykt i overføringen (e.g. Gill, 1982) og den analytiske teorien om motstand kan sies å belage seg på en teori om overføringsarbeid. Hos så kalte «vanskelige pasienter» er for eksempel motstanden rettet mot nettopp mobiliseringen eller hensiktsmessige utnyttelsen av, den terapeutiske overføringen (Basch, 1982). Analytiske/dynamiske talsmenn er opptatt av at terapeuten må være klar over egne bidrag, og at motoverføringskrefter kan påvirke ens mottakelighet og syn i forhold til motstandens eksistens, manifestasjoner og mening i en terapirelasjon (e.g. Blatt & Erlich, 1982; Dewald, 1982; Schlesinger, 1982). Bion så for seg at terapeuten ideelt sett møtte hver time uten minne eller ønske i forsøk på å rense analytikerens som en container av pasientens projeksjoner (Mitchell & Black, 1995). Motstand kan stimulere spesielt mye negative overføringer (e.g. Schafer, 1973), for eksempel kan motstand uttrykkes som sinne eller nedlatenhet overfor terapeuten, eller som uttalt passivitet og manglende engasjement hos pasienten.

Utenfor det analytiske landskapet er imidlertid disse fenomenene mindre anerkjent, om ikke omstridt. En kan derved spørre seg om overføringsarbeidet er et uoverskridelig skille mellom en analytisk/dynamisk tilnærming og andre tilnærminger til motstand. Flere terapeuter og teoretikere på tvers av retninger er imidlertid enige i at terapiprosessen og terapirelasjonen innebærer en involvering fra terapeutens side som også medfører at terapeuten endrer seg,

hvorpå det å forstå egne begrensninger og reaksjoner blir et hovedverktøy i forhold til å forstå pasientens dynamikk bedre (Leahy, 2001). Mange er også oppmerksom på at motstand kan vekke negative reaksjoner i dem selv som de må være oppmerksomme på (e.g. Meichenbaum & Gilmore, 1982; Moyers & Rollnick, 2002; Newman, 2002). Hensikten med den ne selvobservasjonen og bevisstheten hos terapeuten later imidlertid ikke til å handle om overføringsarbeid i analytisk forstand, men heller om å omgå eller unngå motstanden.

Det ser ut til å være en viss enighet om at terapeuten er involvert i terapiprosessen og relasjonen, men implikasjonene av dette, deriblant den teoretiske forståelsen og tekniske håndteringen, ser det ut til å råde grunnleggende uenigheter om. Uenighetene om overføring/motoverføring har trolig avgjørende konsekvenser for hvordan en forstår motstand, hvilket vi kommer tilbake til. Leahy (2001) stiller spørsmål ved hvorvidt kognitive-atferdsterapeuter kan ha vært for optimistiske i forhold til teknikkene, behandlingsplanene og «profesjonalitetens» kraft og virkning, og derav oversett motoverføringer og de relasjonelle kreftene. I hvor stor grad det er mulig for terapeuten å skille mellom egne og pasientens bidrag forblir, som vi har sett, et tema for debatt. I forhold til motstand, ansett som et fenomen som spilles ut i relasjonen til terapeuten, er dette et sentralt tema å undersøke videre for best mulig terapeutisk håndtering.

6.1.4 Konseptualiseringenes underliggende premisser

Det kan være relevant å undersøke de ulike konseptualiseringene litt nærmere for en bedre forståelse av uenighetene. Det later til å være enighet om at motstand dreier seg om en hindring av endring (Meichenbaum & Gilmore, 1982), men hva er det konkret som hindres, mot hva, og hva hindrer? For å kunne sammenlikne konseptualiseringene bedre deler jeg her motstanden litt kunstig inn i komponenter, hvilket medfører forenklinger. Det analytisk/dynamisk motstandskonseptet er preget av sitt intrapyskiske fokus; motstanden er iboende i pasienten og bestående av indre motstridende krefter (e.g. Laplanche & Pontalis, 1988). Innen den opprinnelige analytiske konseptualiseringen kan motstand tenkes å ha en egen motivasjon; drifter. Denne motivasjonen later etter hvert til å utvides eller erstattes av mer relasjonelle motiver gjennom den analytiske historien. Behovene eller ønskene forhindres delvis eller fullstendig i å komme til uttrykk av forsvaret, av ulike årsaker tilknyttet det enkelte individ sin karakterutforming og patologi, og relatert til selvbeskyttelse (Mitchell & Black, 1995).

Utenfor psykoterapien og psykoanalytisk tenkning har motstandsbegrepet hatt mest gjenklang hos sosialpsykologien, under termen reaktans (Norcross, 2011). Reaktanskonseptet defineres som en motivasjonstilstand forårsaket av en trussel mot individets atferdsfrihet (J. W. Brehm, 1966). Motivasjonen ved reaktans er altså beskyttelse, og det som beskyttes er individets opplevelse av frihet. Toleranse for frihetsbegrensinger er trolig avhengig av trekkliknende sensitiviteter kombinert med tilstandsliknende aspekter ved omgivelsene (Norcross, 2011). Selv om det finnes likheter i definisjonen av reaktans og motstand er det også viktige ulikheter, og reaktans synes å være et spesielt uttrykk for motstand som oppstår i form av opprør og som er situasjonelt induisert i følge Norcross (2011). Reaktanskonseptet beskrevet her gir ikke et helhetlig bilde av hvorfor pasienten kommer i terapi og vegrer endring. Forholdet mellom det mer generelle motstandskonseptet og opplevelse av frihet er imidlertid interessant (Beutler et al., 2002), noe vi kommer tilbake til.

I den kognitive atferdsterapeutiske modellen omtales ofte motstand som manglende etterlevelse (noncompliance) eller manglende samarbeid (noncollaboration) med en her-og-nå problemløsningsrolle (Beck & Freeman, 1990). Noncompliancekonseptet har i følge Haugaard og Sandberg (2008) sitt opphav i et biomedisinsk paradigme, da det referer til pasientens motvilje mot å følge anvisningene til legen. Her ser vi altså at det som hindres er noe utenfor pasienten; legens påvirkning, som forhindres av pasienten av ukjente grunner. Pasientens motivasjon for behandlingen er imidlertid uklar, men følger en det biomedisinske paradigmet er det nærliggende å tenke det er symptomlette. Det analytiske motstandsbegrepet har mange kognitive terapeuter et noe ambivalent forhold til grunnet de ubevisste motiverende konnotasjonene assosiert med ordet (e.g. Haugaard & Sandberg, 2008; Wilson, 1984): «Unconscious motivation is an idea that cognitive theory would prefer to leave out» (Haugaard & Sandberg, 2008, s. 26). Uenigheten om ubevisst motivasjon er trolig helt sentral for den øvrige debatten om motstand. De ubevisste motivasjonene fremkommer kanskje heller ikke tydelig av den analytiske konseptualiseringen, som nevnt tidligere. Ubevisst motivasjon kan derfor være et aspekt å undersøke nærmere ved en annen anledning.

Lewis og Evans (1986) hevder også det tradisjonelle motstandskonseptet medfører en opposisjonell kontekst for terapirelasjonen som er både uheldig og utdatert. Flere har, som tidligere beskrevet, vært skeptiske til termen fordi de har oppfattet det som å skyld på pasientens manglende samarbeid heller enn å se på hvor terapeuten har kommet til kort (e.g. Lazarus & Fay, 1982). Wachtel (1982) mener denne misforståelsen er ironisk fordi det på et tidligere tidspunkt var nettopp atferdsterapeuter som innehadde en slik holdning. Det er

imidlertid mulig at et atferdsterapeutisk paradigme gir større grunnlag for en slik frykt. At denne frykten potensielt «projiseres» over på den dynamiske tilnærmingen er en sak, men det leder også inn på spørsmål om hvorvidt motstand ikke bare *konseptualiseres* ulikt men faktisk *fortoner* seg svært ulikt i terapi som følge av forskjeller i klinisk praksis, for eksempel som respons på ulik grad av terapeutstyring. Dette er det som nevnt tidligere gjort en del forskning på (e.g. Beutler et al., 2001). En hypotese i denne sammenheng kan være at de ulike retningene har ulik grad av terapeutstyring hvilket i kombinasjon med pasientens karakteristikk medfører ulike opplevelser av frihet (grad av frihetsberøvelse eller frihetsoverveldelse) hos pasienten. Ved en nærmere undersøkelse av det kognitive paradigmet opp mot psykodynamisk og narrativ terapi, kommer Haugaard og Sandberg (2008) frem til at graden av internalisering og ideen om en autoritativ sannhet om klienten kan tenkes på som dimensjoner på et kontinuum i ulike former for terapi, hvilket involverer ulike former for maktrelasjoner, og kan medføre ulike grader og former av motstand.

Wachtel (1982) mener konvergeringen på feltet likevel kan være betydelig større enn hva som fremkommer i litteraturen, og attribuerer uoverensstemmelsene mer til terminologiske forskjeller enn den bakenforliggende forståelse av motstand. Deler av debatten rundt motstandsbegrepet ser ut til å dreie seg vel så mye om dets konnotasjon, som om dets denotative innhold (e.g. Arkowitz, 2002; Engle & Arkowitz, 2008). Dette kan selvsagt ikke skilles helt fra hverandre, men kan antyde at enkelte ønsker en fornying av selve begrepet heller enn å forkaste dets opprinnelige premisser. Leahy (2001) advarer mot tendensen til å personliggjøre motstand; å for eksempel tenke at pasienten er ute etter å «ta en», hvilket han antyder kan hindre en nødvendig innlevelse i pasientens ståsted. Schafer (1973) foreslår å ikke forholde seg til begrepet som et substantiv; «motstanden», hvilket han mener impliserer en personifisering og agens hos fenomenet som virker villedende for en systematisk tenkning rundt det. Schafer (1973) ønsker å se på fenomenet på en alternativ måte til det han kaller «reification»; det å gjøre noe abstrakt mer konkret eller virkelig. Her er han inne på en utfordring jeg tror er spesielt aktuell i forhold til det å se på et psykoanalytisk fenomen på tvers av psykoterapeutiske retninger, og en kan spørre seg om det å finne et fellesbegrep for et fenomen som omhandler psykens natur over hodet er mulig eller hensiktsmessig.

6.1.5 Mangel og konflikt

Freud og hans etterfølgere hadde i stor grad konsentrert seg om nevrotisk konflikt, og til en viss grad utelatt psykose fra den analytiske behandlingen, hvilket preger hans teorier (Mitchell

& Black, 1995). Mahler et al. (1988) initierte etterhvert en utforskning av omfattende barndomsforstyrrelser, og foreslo at slike omfattende vansker bedre kunne beskrives som en feil i den grunnleggende formasjonen av selvet, en dyp forvirring over hvem man er: hva er selv og hva er andre. Denne forståelsen kan tenkes å være forløper for det som senere har blitt kalt mangelpatologi (Killingmo, 1989), og flere teoretikere har stilt spørsmål ved hvorvidt en kan snakke om motstand ved slike former for psykopatologi.

Ut fra Mahler sin forståelse av alvorlig psykopatologi vil individet være forvirret i forhold til selve sin eksistens. Hun anså barnet som fanget mellom kraftfulle tidlige behov for andre og en følelse av stor fare ved det å skulle bli møtt på disse behovene (Mitchell & Black, 1995). Ut fra dette perspektivet kan en se for seg at komponentene ved motstand er forsterket og akutte, hvilket heller kan tale for at fenomenet kan være høyst relevant ved mangelpatologiske tilstander. Et spørsmål er imidlertid hvor lenge et individ kan stå i et slikt spenningsfelt, og videre – hvordan det løses hvis en ikke klarer det mer. For eksempel observerte Mahler ved barns reaksjon på uhåndterlig smerte at selektiv undertrykkelse er umulig og at barnet derfor drives innover, vekk fra utviklingen av kapasiteter som ville hjulpet det å sortere og gi mening til opplevelsen (Mitchell & Black, 1995). Det er ikke utenkelig at en slik «kollaps» innover vil kunne forekomme ved uhåndterlig psykisk spenning og, hvilket vil kunne ha liknende konsekvenser for motstandsfenomenet som Freud sine teorier om psykose (libido vendt innover) (Mitchell & Black, 1995). En kan ut fra dette danne seg en hypotese om at motstandsfenomenet i klassisk forstand blir problematisk å tenke seg dersom den ene komponenten; den libidinøse, kontaktsøkende, utadrettede, lystbetonte komponenten tilbaketrekkes, rettes innover, eller opphører på noe vis. Med den ene komponenten rettet innover påvirkes hele dynamikken i motstandskonseptet; spesielt forsvaret. Dette illustrerer hvordan det kan bli feilaktig å tenke på smerten/symptomene som den primære drivende komponenten i motstanden: smerten opphører med spenningen, hvilket er positivt dersom spenningen opphører som følge av gjennomarbeiding av motstanden, men svært negativt dersom den opphører som følge av tilbaketrekning av den drivende komponenten; en total resignasjon.

Flere ikke-analytiske teoretikere påpeker nødvendigheten av å skille mellom pasientens *manglende evne* versus det at pasienten *motsetter seg* å søke fordelaktig endring (e.g. Lazarus & Fay, 1982). Dette virker på sett og vis analytisk/dynamisk orienterte talsmenn enige med dem i. Basch (1982) mener man bør skille mellom tolkning av psykonevrotiske problemer og utviklingsmessige forstyrrelser, og at manglende respons på tolkning ved sistnevnt

problematikk fort kan kalles motstand – uten å egentlig være det. Slik vil motstand, som opprinnelig indikerte intrapsykisk konflikt, kunne bli et relativt meningsløst og vagt navn for terapeutens frustrasjoner mener Basch (1982). Forskjellene mellom tilstandene kan imidlertid være relativt subtile og ikke absolutte, og krever en skjønnsmessig vurdering i hvert enkelt tilfelle. Zachrisson (2006) gir et godt eksempel på dette:

In analytic work with neurotic adults, *silence* is usually looked upon as resistance to the basic rule of free association. In adolescents, and also in more severely disturbed adults, silence can be an expression of abandonment, a conviction that there is no bridge, no connection to the other; and therefore talking has no meaning (s. 110).

Hvorvidt mangelpatologiske tilstander fordrer en re-konseptualisering av motstand eller om begrepet ikke kan appliseres i slike tilfeller krever en nøyere undersøkelse. Kleins introduksjon av konseptet «misunnelse», Edith Jacobsens teori om drifter som iboende potensialer, og Kernbergs utviklingsbaserte forståelse av ulike grader av psykopatologi kan være interessant å se nærmere på i denne sammenheng (Mitchell & Black, 1995).

6.2 Mulige oppklaringer

6.2.1 Interpersonlig eller intrapsykisk

Motstandsformuleringen er basert på det opprinnelige fokuset i psykoanalyse på instinkter, drifter og omskiftninger av forsvar, og er i denne sammenheng forstått som et intrapsykisk fenomen. Det har, som vi har sett, vært en progressiv utvidelse av psykoanalytisk teori som etter hvert inkluderer et fokus på egofunksjoner og adaptasjonsprosesser, og spesielt objektrelasjoners rolle i psykologisk utvikling. Den analytiske prosessen blir i økende grad forstått ikke bare som et partnerskap med felles arbeidsoppgave, men også som en egen veksterfaring, der relasjonen til analytikerens gir mulighet for å omarbeide tidlige utviklingsmessige erfaringer (Mitchell & Black, 1995). Denne utviklingen krever en reeksaminasjon og redefinisjon av grunnleggende konsepter og observasjoner, inkludert det sentrale motstandskonseptet mener Blatt og Erlich (1982). En mer inngående undersøkelse vil blant annet innebære å gå nøye gjennom de fremtredende analytiske teoretikernes grunnleggende forståelse av psykens oppbygning, utvikling og fungering, og deres tanker om endring og mål med terapeutisk behandling, hvilket er utenfor rammene for denne oppgaven. Et overblikk har imidlertid gitt inntrykk av at det relasjonelle fokuset på psykens utvikling og

fungering har gjort spørsmålet om på hvilket «nivå» en skal forstå motstand svært aktuelt, både innad i den analytiske og dynamiske retningen, men kanskje spesielt mellom retningene. Hvorvidt man anser motstand som et interpersonlig eller intrapsykisk fenomen kan være et avgjørende punkt for den kliniske forståelsen og håndteringen, og er et aspekt det råder stor uenighet om i litteraturen gjennomgått her. Dersom motstanden legges ut i relasjonen, som noe eksternt, vil også terapeuten og terapeutens rolle i forløpet være en del av selve fenomenet. Dette temaet berører sentrale debatter om terapeutens posisjon; som ekspert eller ikke-ekspert, om nøytralitetsprinsippet, aktiv deltakelse med mer.

Både atferdsterapeutiske, kognitive og integrative talsmenn er opptatt av at terapeuter må undersøke motstand ikke bare som en pasientvariabel, men også som en funksjon av terapeutens tilnærming og som biprodukter av kontekstuelle faktorer (e.g. Arkowitz, 2002; Goldfried, 1982; Newman, 1994) eller som et produkt av selve interaksjonen (e.g. Engle & Arkowitz, 2008; Moyers & Rollnick, 2002). Flere mener faren ved å tilskrive motstand til pasientens ubevissthet er at det kan føre til en ansvarsfraskrivelse i forhold til å undersøke andre faktorer, for eksempel at terapeuten mislykkes i å skape et troverdig og trygt klima og pasienten av den grunn tilbakeholder informasjon (e.g. Lazarus & Fay, 1982; Meichenbaum & Gilmore, 1982). Engle og Arkowitz (2006) fant i sin undersøkelse at motstand både er intrapersonlig og reflekterer diskrepans mellom selv-skjemaer relatert til endring, og samtidig interpersonlig og derfor trenger å forstås ut fra den interpersonlige konteksten den oppstod i. Arkowitz (2002) hevder fra et integrativt ståsted at *selv om* eksterne konflikter kan ha sine interne representasjoner, er det også viktig å jobbe direkte med den interpersonlige konteksten til ambivalensen, eksempelvis med pasientens familie.

Kirmayer (1990) hevder plassering av motstand innad i klienten skjuler en konflikt mellom klienters opplevelse av at han/hun ikke kan endre seg, og terapeutens antakelse om at de bare ikke vil. Terapeuten som kaller klientens atferd motstand attribuerer hensikt til klienten der klienten kan ha opplevd maktesløshet eller tap av kontroll. Denne kontrasten mellom «kan ikke endre meg» og «vil ikke endre seg» er problematisk mener Kirmayer (1990), fordi den også formidler et moralsk skille mellom handlinger som folk holdes ansvarlige for og de handlinger eller hendelser som bare skjer dem ved uhell. Motstand innebærer derved en moralsk fordømmelse hvor klientene holdes ansvarlige for sin lidelse mener hun. Hun poengterer imidlertid at klientresponsen gir informasjon om klienten selv om det kan være fremkalt av terapeutens intervensjon. Denne epistemologiske sirkulartiteten er uunngåelig i

menneskelig interaksjon, og kan dempes men ikke elimineres ved å innta en ikke-styrende lytteholdning mener Kirmayer (1990).

Det er vanskelig å se for seg motstand totalt adskilt fra den terapeutiske relasjonen også i den tradisjonelle analytiske konseptualiseringen; blant annet beskrev Freud (1981) motstand som nært knyttet til libido og overføringen. Den strukturelle modellens oppbygging får dessuten et mer interpersonlig preg enn den topografiske (Laplanche & Pontalis, 1988). Den videre analytiske utviklingen medfører at de relasjonelle aspektene ved endring står sterkt, som beskrevet tidligere. Enkelte innen den analytiske/dynamiske tradisjonen mener at motstand ikke lenger kan anses som oppstående kun i pasienten selv, ut fra den utvidede psykoanalytiske modellen (e.g. Blatt & Erlich, 1982). I stedet må motstand defineres innen objekt-relasjonelle termer – som oppstående innen den terapeutiske dyade foreslår Blatt og Erlich (1982). De hevder at bevisst og ubevisst motvilje, nøling, frykt, manglende evne eller uvillighet til å vurdere visse problemer kan både bli og ikke bli en motstand avhengig av terapeutens respons, pasientens kapasitet, og den generelle konteksten og alliansen. Samtidig later de fleste analytikere i denne oppgaven til å fortsette å forholde seg til motstand som et intrapsykisk fenomen, og en kan derved undre seg over om en inkludering av det relasjonelle aspektet ved psykens utvikling står i opposisjon til motstand som intrapsykisk fundert.

I objektrelasjonsmodeller er det en fundamental antakelse at selvet står i relasjon til internaliserte objekter (Zachrisson, 2013a). De indre konfliktene eller vanskene dreier seg derfor nettopp om relasjonelle forhold, ikke (utelukkende) om drifter. Schlesinger (1982) hevder en vanlig analytisk forståelse er at når forsvar uttrykkes i overføringen som motstand, eksternaliserer pasienten en side av en ubevisst konflikt og spiller ut konflikten med terapeuten. Det vil si at motstanden kan uttrykkes i relasjon til terapeuten og likevel være primært intrapsykisk fundert. Samtidig kan en hevde at terapeuten uunngåelig innblandes og bidrar i den primært intrapsyiske motstanden eller konflikten til pasienten, bare ved å være del av relasjonen, men kanskje spesielt i kraft av å ha en underliggende tanke eller agenda i relasjon til pasienten. Slik sett kan motstanden sies å være både interpersonlig/ekstern og intrapsykisk/intern på samme tid. For eksempel kan en uteblivelse anses som en protest mot terapeuten og terapien, og samtidig være et uttrykk for en indre kamp hos pasienten som ikke primært handler om terapeuten og terapien. Kort sagt; motstanden både handler om og handler ikke om terapeuten og terapien. Denne potensielle dobbeltheten ved motstandens natur kan bidra til forvirringen rundt fenomenet både på tvers av og innad i psykoterapeutiske retninger. En mulig fruktbar forståelsesramme er å se motstandsfenomenet i lys av det

Winnicott (2005) kaller det potensielle rommet («potential space»). Altså at motstanden befinner seg i møtet mellom illusjon og virkelighet, eller kanskje heller; i subjektets forhold til objektet. Hvorvidt objektet til enhver tid er et indre objekt, ytre objekt eller den faktiske personen (Zachrisson, 2013a) for subjektet kan tenkes å variere, og derved i hvilken grad motstanden kan sies å være forankret internt og intrapsykisk eller eksternt og interpersonlig. Ofte vil den trolig, som tidligere nevnt, ha en dobbel karakter av begge deler, eventuelt skifte hyppig. En gjennomarbeidet motstand kan kanskje ut fra dette perspektivet beskrives som at pasienten forholder seg til det som faktisk er.

Uenighetene på tvers av retninger er i lys av det overnevnte rammeverket ikke overraskende med tanke på at de kognitive/atferdsterapeutiske tilnærmingene ikke har en teori om eller arbeider med overføring/motoverføring, som tematisert tidligere. Mer moderne kognitive teorier om skjemaer og skript kan sies å berører noe av det samme, men involverer ikke motparten/mottakeren (terapeuten/objektet) sin rolle på samme måte. At motstand kan kalles intrapsykisk virker åpenbart merkelig når det tydelig utspiller seg relasjonelt, dersom en ikke belager seg på teorier som innebærer at begge partene i en relasjon kan være symboliseringer av/delta i den ene partens intrapsyiske liv. Kanskje er Engle og Arkowitz (2008) inne på noe av det samme når de hevder at motstandens «locus» verken er utelukkende innad i klienten eller utelukkende i terapeuten, men i interaksjonen dem imellom. Deres løsning; å plassere motstandens senter i interaksjonen, skiller seg imidlertid fra den overnevnte tankegangen. Tendensen til å ville at noe skal være *en* ting; enten det ene eller det andre, fremfor at noe er paradoksalt og begge deler, kan kanskje virke hemmende på forståelsen av motstandsfenomenet.

En inkludering av nåværende miljømessige faktorer i forståelsen og ikke minst håndteringen av motstand ser altså ikke ut til å være vektlagt på samme måte av de analytisk/dynamisk orienterte terapeutene, grunnet et syn på motstand som primært intrapsykisk fundert. En antakelse om at det som spiller seg ut i overføringen med terapeuten også spiller seg ut i pasientens øvrige relasjoner er imidlertid til stede. Vekten plasseres likevel på pasienten sin rolle i disse relasjonene fremfor miljøets, og intervensjonene er rettet mot pasienten selv, ikke miljøet rundt. Den epistemologiske sirkulariteten beskrevet av Kirmayer (1990) virker ikke i strid med en underliggende analytisk/dynamisk holdning til den terapeutiske relasjonen, der begge parter uunngåelig bidrar, men den ene er i fokus i forhold til endring, vekst og selvinnsikt, og den andre overvåker egne bidrag og tilstreber en nøytral holdning, slik at den best mulig kan hjelpe pasienten til større innsikt om seg selv og oppleve nye relasjonelle

erfaringer. Den selvreflekterende holdningen til terapeuten er avgjørende i forhold til å kunne skille mellom om pasientens opposisjon er en tilbakemelding om noe terapeuten kan endre på, eller om det er et uttrykk for motstand. For eksempel vil terapeuten kunne ha intervenert på «feil nivå»; for eksempel tolket der timingen heller tilsa en containende funksjon, og pasienten kan motsette seg tolkningen som et forsøk på å kommunisere til terapeuten at dette blir «feil»; at det går for fort frem eller liknende. I denne sammenheng kan den tilsynelatende motstanden være et vitalt og tillitsfullt tegn fra pasienten sin side. At terapi handler om å danne en terapeutisk relasjon kan sies å være i hjertet av dagens analytiske og dynamiske terapier. At det er en skjevhet i denne relasjonen, og hvordan en skal forholde seg til den, er noe den analytiske tradisjonen har stort fokus på, kanskje nettopp av de moralske grunner Kirmayer (1990) beskriver.

6.2.2 Den “drivende” komponenten

Som vi har sett er det en forståelse på tvers av de omtalte terapeutiske retningene av at det i motstandsfenomenet befinner seg, forenklet sagt, to motstridende krefter. Den ene av disse kreftene velger jeg her å kalle den drivende komponenten, hvilket ikke må forveksles med det analytiske driftsbegrepet, men som henviser til den komponenten i mennesket som søker endring. Ved gjennomgangen av litteratur om motstand har det slått meg at det er påfallende lite eksplisitt fokus på den drivende komponenten. Paradokset som tegnes opp omhandler ofte om en person som søker hjelp for psykisk smerte, men motsetter seg den behandlingen som kunne hjulpet. Spørsmålet som avledes blir gjerne: «Hvorfor motsetter pasienten seg behandlingen den har oppsøkt?». Spørsmålet om hvorfor pasienten oppsøker og forblir i terapi tross ubehaget det kan medføre ser ut til å få mindre oppmerksomhet, i alle fall eksplisitt. En antakelse som kan ligge til grunn for denne vinklingen er at pasientens motivasjon for å komme til terapi er å bli kvitt den psykiske smerten, og at *det* er den drivende komponenten i motstanden. Dette kan medføre at libidinøse krefter, kontaktbehov eller andre potensielt drivende krefter i individet bevisst eller ubevisst avskrives eller overses, hvilket bringer oss tilbake til uenighetene om ubevisst motivasjon, som tematisert tidligere. Hvorvidt en anser symptomer og lidelse som en del av motstanden eller som en konsekvens av/uttrykk for den kan i denne sammenheng være et avgjørende spørsmål, som det later til å være uttalt uenighet om. I det følgende vil jeg undersøke mulige forståelser av pasientens motivasjon for endring *utover* symptomlette, selv om dette trolig er tett forbundet. En undersøkelse av den drivende

komponenten vil nødvendigvis også berøre de andre komponentene; det som hindrer og det som hindres.

(Selv)erkjennelse

Freud mente innsikt satte analysanden fri, ved at realitetsprinsippet fikk overtaket på lystprinsippet, som beskrevet innledningsvis (Mitchell & Black, 1995). Å bringe inn ego som en del av det som forsvares, slik Anna Freud foreslo, forsterker tanken om at motstand dreier seg om beskyttelse mot selvavsløring og et forsøk på selvbevarelse. Selvbevarelse og fastholdelse av status quo nevnes av flere i denne oppgaven som et sentralt aspekt ved motstand, også på tvers av retninger. Schafer (1973) hevder at selvbedragskonseptet er nøkkelen for å forstå all defensiv aktivitet, og Maslow (1963) hevdet at mennesket har et iboende behov for å vite og forstå, og at årsaken til mye psykisk lidelse er frykten for kunnskap om en selv (Maslow, 1968). Maslow (1968) beskriver et dialektisk frem og tilbake forhold mellom behovet for å vite og angst trigget av det ukjente, som Zachrisson (2013b) knytter til motstandsfenomenet slik:

The anxiety of the unknown triggers the ego's defence mechanisms which attempt to ward off the danger of being overwhelmed. In the treatment situation this appears as resistance to the analytic process. And we may ask whether resistance is always a link in the dialectical back-and-forth relationship that Maslow describes, between the need to know and the anxiety about the unknown (s. 325).

Dialektikken mellom ønsket om å engasjere seg i den analytiske prosessen og det motsatte ønsket om å unnsnippe smerten iboende i denne prosessen en allestedsnærværende del av den analytiske behandlingen, og denne dynamikken peker på en avgjørende faktor i terapi; evnen til å tåle angst og andre smertefulle indre tilstander mener Zachrisson (2013b, s. 326). Forholdet mellom motstand og evnen til å tåle indre tilstander er berørt mer implisitt av andre i oppgaven, og fremstår som sentralt ved den analytiske holdningen til fenomenet.

Sannheten om en selv forstås altså som et viktig element for endring og bedring innen den analytiske tradisjonen (Zachrisson, 2013b). Men hva er sannhet om en selv, og hva er motivasjonen for å søke den? Myten om Narcissus som gjengitt av Graves (1992) forteller om en ung mann som ser sitt eget speilbilde i vannet og blir betatt av denne skikkelsens skjønnhet. Historien sier at et enklarsynt («a seer») forteller hans mor at Narcissus vil leve lenge så sant han ikke kjenner seg selv. Narcissus oppdager at speilbildet er han selv, hvilket

fortærer han: «How could he endure both to possess and yet not to possess?» (Graves, 1992, s. 287). Myten om Narcissus gir umiddelbart gode grunner for å bevare selvbedraget, det samme gjør doktor Relling i Ibsen (1963) sitt stykke *Villanden*: «Tar De livsløgnen fra et gjennomsnittsmenneske, så tar De lykken fra ham med det samme» (s. 92). Mahoney (1991) foreslår at en viktig kilde til endringsangst er selvbeskyttelse; en beskyttelse av vårt nåværende selvsystems integritet. Likevel fortsetter vi å søke selverkjennelse og kunnskap påpeker han: «The persistence of our quest for knowledge—and especially knowledge about ourselves—is probably a reflection of formidable inclinations toward both meaning and power» (Mahoney, 1985, s. 3). Denne makten knytter Mahoney (1985) blant annet til det å forstå lovene bak endring, hvilket gjør en bedre i stand til å kunne forutse/beregne og derved medfører større handlingsfrihet. Menneskets søken etter kunnskap knyttes således til et behov for kontroll og oversikt- som igjen er knyttet til mening og makt, hvilket beskytter mot følelser av ufrihet, sårbarhet, hjelpeløshet og avmakt. Ut fra denne hypotesen er altså det å vite både beskyttende og avslørende på samme tid, og søken etter kunnskap og selverkjennelse uløselig knyttet til motstridende følelser og tendenser. Makt og kontroll som motiv kan minne om Freud sitt begrep «Bemächtigungstrieb» (Instinct to master) (Laplanche & Pontalis, 1988, s. 217) hvilket kunne vært interessant å se nærmere på ved en annen anledning.

Torberg Foss spør i sitt foredrag om psykologien har fortrenget det mytiske (Torberg Foss, foredrag, Litteraturhuset i Oslo, 07.03.2015), og er inne på at terapeuten til en viss grad må gå med på spillet/illusjonen for å bevege pasienten; at en tolkning må ha noe av drømmen i seg for å treffe. Zachrisson (2006) er inne på noe av det samme i sin artikkel om kombinasjonen av strikt metode og kreativ intuisjon i psykoanalytisk behandling av ungdommer: «This intuitive element in analytic work appears as a central and necessary supplement to tried-out analytic techniques» (s. 113). Det kan hende at intervensjoner utelukkende rettet mot selverkjennelse ikke er tilstrekkelig, og kanskje var det også dette Freud siktet til med *erfaringsmessig* bevisstgjøring (Mitchell & Black, 1995). Et potensielt viktig aspekt ved selverkjennelsen; at den skjer og erfares i relasjon til en aksepterende og containende annen, later ikke til å komme så godt frem i den klassiske konseptualiseringen av motstandsfenomenet.

Tilfredsstillelse

Freud tenkte seg, som tidligere nevnt, at mennesket har iboende drifter som opererer etter lystprinsippet, og holdes i sjakk av ego og superego (Mitchell & Black, 1995). Disse motstridende kreftene er underliggende konflikter, og derved også sentrale komponenter ved motstand (selv om forholdet mellom konflikt og motstand er et litt uklart moment og trenger en grundigere undersøkelse enn det som er gitt her for å forstås utfyllende). Det er noe iboende i driften som gjør fullstendig tilfredsstillelse vanskelig påpeker Torberg Foss (Torberg Foss, foredrag, Litteraturhuset i Oslo, 07.03.2015). Dersom dette stemmer, befinner altså konflikten og motstanden seg ikke bare mellom de motstridende kreftene id, ego, superego men også innad i de ulike komponentene. Dette er sammenfallende med Laplanche og Pontalis (1988) sin beskrivelse av den strukturelle modellen (the second topography):

This approach does not merely set up an interplay between the three agencies: for one thing, more specific formations are isolated within these (e.g. ideal ego, ego-ideal), so that «intrasystemic» relations are brought to play as well as «intersystemic» ones; further, special importance comes to be assigned to the «relations of dependence» obtaining between the various systems, particularly in the case of the ego, where the satisfaction of instinctual demands is found to occur – even within the sphere of the ego's so-called adaptive activities (s. 452).

En kan undre seg over hvorvidt dette iboende hinderet av fullstendig tilfredsstillelse handler om at driften er avhengig av en annen; en mottaker, en container, *et objekt* som Freud selv beskrev (Laplanche & Pontalis, 1988, s. 214) for å fullbyrdes. Dette gjør selve driften sårbar og avhengig, med andre ord; ufullstendig i seg selv, hvilket Klein var inne på, og Fairbairn – som foreslo at libido ikke er lyst-søkende men objekt-søkende (Mitchell & Black, 1995). De grunnleggende driftene (sex og aggresjon) kan sies å ha iboende relasjonelle aspekter av natur. Dette belyser det tragiske i Narcissus' selverkjennelse: «What I want I have. My riches make me poor. O I wish I could leave my own body! Strange prayer for a lover, I desire what I love to be distant from me» (Kline, 2000).

Tanken om at driften er forbundet med en mottaker er også tematisert av Kernberg (1991):

When Freud proposes that the libidinal drive is inborn whereas the ego has to develop, it seems to me that he is tacitly assuming that such a drive has an object, even though the ego or self as an agency is not yet constituted (s. 137).

Og han legger til: «If this is so, is he implying that the objects of drives and the objects to which the self relate are of a different kind?» (s. 137). Det er utenfor rammene for denne oppgaven å forfølge dette spørsmålet, men det er uansett interessant å merke seg at det antydes en tvetydighet ikke bare mellom, men iboende i menneskets grunnleggende psykiske strukturer, og at denne tvetydigheten ser ut til å dreie seg om menneskers samtidige adskilthet/selvstendighet og tilhørighet/avhengighet. Denne samtidigheten kan minne om Winnicott (2005) sin teori om «potential space» og overgangsfenomener, og om hans teori om at det finnes et paradoks i menneskets være i verden som må aksepteres. Dersom en er med på tanken om at driftene i seg selv er sårbare, vil dette kunne innebære at driftene selv også trenger beskyttelse, ikke bare trenger å beskyttes mot (av ego eller super-ego). Det kan videre være muligheten for at driften ikke blir møtt/rommet/fullbyrdet som det beskyttes mot. Og derved er det selve *virkeliggjøringen* av driften som fryktes, ikke driftens konsekvenser ved virkeliggjøringen. Driften er imidlertid like ufullstendig dersom den ikke realiseres, og derfor helt avhengig av mottaker for tilfredsstillelse - hvilket er selve grunnlaget for dens sårbarhet. Hvem som er «mottaker» kan en spekulere videre i, i tråd med Kernberg (1991) sitt overnevnte spørsmål. At det befinner seg i det relasjonelle feltet, det være seg i relasjoner til andre mennesker eller til andre aspekter ved verden/virkeligheten, virker imidlertid sannsynlig.

Muligheten for en utvidet forståelse av den drivende komponenten kan komplisere bildet av motstandsfenomenet. Kanskje kan det tydeliggjøre noe ved mottakeren av denne forkledte driften (i en terapisisuasjon; terapeuten) sin rolle. Det sårbare ved driften kan potensielt belyse hvorfor motstanden også trenger å møtes, rommes, deles av mottakeren. Kanskje henvises vi her tilbake til Laplanche og Pontalis (1988) sin notering av en vedvarende tvetydighet i Freud sin forståelse av motstandsfenomenet - motstand er både det som forsvarer og det som forsvares på samme tid. Utfordringene med å forene driftsteorien og objektrelasjons teorier er trolig sentrale i denne sammenheng, hvorpå blant annet Otto Kernberg og Hans Leowald sine utvidelser og rekonseptualiseringer (Mitchell & Black, 1995) i en annen sammenheng kan være interessante å undersøke nærmere.

Nærhet/tilhørighet

Med den relasjonelle vendingen i psykoanalysen og det interpersonlige fokuset innen ulike retninger kan en også spørre seg om den drivende komponenten kan forstås som ønsker om nærhet og tilhørighet. For Fairbairn er det ikke ubevisst lystsøken som fanger pasienten i

nevrosen; nevrosen innebærer den eneste formen for relasjon som pasienten tror på (Mitchell & Black, 1995). Han mente at innsikt derfor ikke er nok; at ingen kan gi opp kraftfulle, nødvendige bånd til gamle objekter med mindre de tror at nye objekter er mulig, at det finnes en annen måte å relatere til andre på som innebærer å bli sett og berørt. Pasienten er, utover symptomlette, motivert av overføringsinspirerte ønsker hevder Dewald (1982). Mahler sine bidrag vekker tanker om hvorvidt komponentene i motstanden beskrives best som en konflikt mellom drifter og forsvar, eller mellom mer relasjonelt motiverte krefter som behovet for tilhørighet og autonomi (e.g. Mahler et al., 1988). Kanskje er dette heller ingen noen motsetning; i følge tilknytningsteorien har barnet en genetisk betinget tendens til å søke nærhet og tilknytning til sine nærmeste omsorgspersoner, for å bli beskyttet mot fare (Bowlby, 1994). En kan derfor spørre seg om hvorvidt en egentlig kan skille mellom søken etter tilfredsstillelse og søken etter nærhet/tilhørighet, i tråd med hypoteser om noe iboende relasjonelt i driften. Freud har i sine senere skrifter beskrevet libido som en syntetisk kraft som bringer ting sammen, og aggresjon som en kraft som bryter sammenhenger, og Edith Jacobsen knyttet disse kreftene til separasjon-individuasjons prosessen, der libido er det «psykiske limet» i utviklingsprosessen, som for eksempel integrerer bilder av gode og onde objekter, mens aggresjon bygger opp under en bevissthet om forskjeller og promoterer separasjon samt nyanseringen i bilder av selv og andre (Mitchell & Black, 1995).

Teorier om motstand knyttet til opplevelse av frihet virker nærliggende i forhold til en konflikt mellom autonomi og tilhørighet/forbundethet (jf. separasjon-individuasjon). Som tidligere nevnt mangler reaktanskonseptet en teori om motivet for at pasienten kommer i terapi, og en hypotese ut fra den overnevnte teorien er at den motiverende kraften er tilhørighet/forbundethet. Hypotesen som følger av dette kan være at pasienten er motivert for behandling i håp om nærhet og tilhørighet, men frykter å miste sin autonomi; sin opplevelse av selvbestemmelse og frihet, og søker å beskytte denne. Dette kan være en spennende parallell til Mahoney (1985) sin teori om at kunnskap er ønskelig fordi det medfører makt, mening og økt opplevelse av frihet. Et aspekt ved frihet; rammene/grensene, er imidlertid ikke omtalt i Mahoney (1985) sin teori, hvilket kan forklare dets tilsynelatende uforenlighet med tanken om negativ kapabilitet som befriende. Rammene i hypotesen jeg foreslo over vil kunne sies å være terapien og terapeuten. Frihet vil i denne sammenheng kunne defineres som evnen til å oppleve og utøve autonomi innen de gitte rammene, der rammene er å tilhøre. Dette minner igjen om evnen til å forholde seg til det som faktisk er; om møtet mellom en selv og verden som beskrevet av Winnicott (2005).

Vekst/utvikling

Maslow (1968) hevdet det finnes en form for sannhet kvalitativt annerledes enn selverkjennelsen som mennesker tenderer til å unngå; hvilket er personlig vekst. Vekst kan bringe med seg en annen form for frykt enn selverkjennelsen mente han, en slags ærefrykt og følelser av svakhet og utilstrekkelighet. Denne formen for motstand innebærer en benektelse av ens egne beste sider, av talenter, av ens høyeste potensialer og av egen kreativitet – en streven mot egen storhet (Maslow, 1968, s. 61). Flere har antydnet at vekst er et element ved motstand, blant annet definerer Newman (2002) motstand som «overt or covert reluctance to change and grow» (s. 174). Vekst er en form for endring, og en kan spørre seg om ikke endring også er en form for vekst. Fenomenene deler i alle fall det særpreg at de til en viss grad skjer av seg selv og er utenfor menneskets bevisste kontroll. Et relevant spørsmål er derfor om en kan forstå motstand i lys av en drift mot vekst eller utvikling.

Ullman (2011) beskriver i sin artikkel frykten for metamorfose i analyse som en spesiell form for motstand mot endring som kan ligge i hjertet av kliniske stagnasjoner. Frykten for metamorfose mener hun er pasientens frykt for en total omveltning av verdsatte aspekter ved hans eller hennes identitet i møtet med analytikerens annerledeshet («otherness»), hvilket han eller hun opplever som en nært forestående katastrofe. Ullman (2011) undersøker det dialektiske forholdet mellom ønsket om transformasjon og frykten for det, hvilket hun mener innebærer et iboende paradoks som kan fremkomme i det kliniske møtet som et gjensidig usagt krav som påvirker både pasient og analytiker. Stagnasjonen i behandlingen kan oppstå som følge av at både pasient og analytiker forsøker å holde unna et «ikke-meg». Dette synet på motstand rommer både sentrale relasjonelle aspekter, erkjennelsesaspekter, og et paradoksalt aspekt ved fenomenet som forener ulike teorier beskrevet tidligere. Det virker også nært tilknyttet en separasjon-individuasjons konflikt, som beskrevet over.

Kanskje kan det være fruktbart å undersøke motstand nærmere fra et utviklingspsykologisk perspektiv, og som en prosess. Spitz foreslo at det å ha et libidinøst objekt reflekterer en utviklingsoppnåelse i seg selv; den komplekse psykologiske kapasiteten til å etablere selektive, svært personlige tilknytninger som opprettholdes tross personens fravær. Det libidinøse objektet gir den essensielle menneskelige forbindelsen som all psykologisk utvikling springer ut fra (Mitchell & Black, 1995). En kan ut fra Spitz utvidete forståelse av id og libidinøse hensikter tenke seg at den ene komponenten ved motstand innebærer en søken etter en form for vekst som er tilknyttet menneskelig kontakt. En kan videre spekulere i om

det derfor er smertefullt i seg selv å ikke være «psykologisk født»; om vi drives mot den psykologiske utvikling som Mahler et al. (1988) beskriver av et essensielt behov for kontakt. I så fall vil denne driften kunne tenkes å flate ut på et tidspunkt, og motstanden avta eller endre seg.

Et mulig rammeverk

Engle og Holiman (2002) mener motstand er rettet enten mot bevissthet eller mot kontakt, hvilket er mer eller mindre eksplisitt foreslått av flere av teoretikerne, og kan spores tilbake til de tidlige analytiske konseptualiseringene av fenomenet. En mulighet er å tenke at det kan handle om begge deler: «To develop a self-analytic function, the patient first needs a containing one. As human beings, we are not able to reflect and seek self-understanding without first having a feeling of safety, meaningfulness, and connection to an object» (Stänicke, 2011, s. 244). En kan derved tenke seg at mennesket har iboende behov for utvikling og selvstendighet (knowing og meaningfulness) men også for trygghet og nærhet (safety og sameness) (Stänicke, 2011; Stänicke & Killingmo, 2013) som er svært personlig utformet ut fra erfaring og disposisjoner, og som medfører eller ikke medfører ulike former for motstand i ulike situasjoner. Dette rammeverket kan romme pasientens ønske om forandring uten å ville endre seg. Det har i denne oppgaven generelt fremkommet tendenser til å vektlegge den hindrende siden ved motstand i større grad enn den drivende, spesielt i konseptualiseringene av motstand. Et spørsmål i denne sammenheng er om motstandskonseptet skal avspeile alle sidene ved en konflikt, eller være forankret i den hindrende komponenten. Dette har trolig implikasjoner for eksempel for fenomenets valør, og derved status og anvendelse.

6.2.3 Det potensielle

Denne oppgaven har gitt meg tanker om hvorvidt motstand kan forstås via et forhold til det potensielle. Altså at mennesker har et mer eller mindre sterkt behov for å holde fast i det mulige – det som ikke enda er symbolisert/virkeliggjort – det som kan bli eller kunne ha vært. Her kan man tenke seg at dette behovet varierer med hvor nødvendig det har vært for individet å holde fast i det potensielle, med andre ord; hvor farlig det har vært å forholde seg til det faktiske. Eventuelt kan man se det som et utviklingsmessig fenomen relatert til for eksempel evne til symbolisering, grad av ego-differensiering, bruk av overgangsobjekter/fenomener eller liknende.

Den strategiske motstanden innebærer i følge Dewald (1982) en uvillighet til å gi opp forsøk på å gjenoppleve fortiden og å oppleve tidligere gledelige eller uoppfylte tilfredsstillelser og/eller relasjoner. Det innebærer pasientens motvilje mot å akseptere i nåtiden hva som er aldersadekvate og realistisk mulige tilfredsstillelser og relasjoner. Denne formen for forsakelse aktiverer sorg og en gjenkjennelse av at det er «for sent» hvilket involverer ubehagelige følelser og vedvarende psykologisk arbeid mener han. Psykisk smerte oppstår altså ut fra denne teorien fordi mennesker holder fast i det som kunne ha vært/kan bli på bekostning av det som faktisk er; altså uten evne til å sette det mulige i live og teste det ut i verden. Paradoksalt nok blir da det som holdes fast ved også det som skaper smerte, i frykt for smerten som kunne oppstå når det settes i live og blir virkelig. Dette minner om det paradoksale ved motstanden som beskrevet tidligere. Det å forbli i det potensielle kan forhindre genuin væren i verden og fremme opplevelse av for eksempel isolasjon, meningsløshet, distanse. Kanskje henger det å holde fast i det potensielle sammen med en illusjon om frihet, en slags idealisme. Det å leve i det mulige, det potensielle, er som å aldri starte, aldri forplikte seg. Og derfor aldri slutte, aldri miste. Men heller aldri få. Det er interessant i denne sammenheng at humanistiske tilnærminger benevner de motstridende tendensene hos pasienten som nettopp urealiserte potensialer (Engle & Arkowitz, 2008).

Dersom motstand handler om frykt for det symboliserte/virkeliggjorte, er det nærliggende at motstand også handler om frykt for å skape. Med *skape* mener jeg alt som settes ut i livet og kommuniserer. Den uferdige skaper, fordi den uferdige søker/skaper seg selv hevdet Winnicott (2005). Skapelse er slik sett motivert av potensialet for egen utvikling/tilblivelse og kanskje selverkjennelse, og forhindret av fastholdelser av dette potensialet. Fastholdelsen er motivert av frykten for virkeliggjørelsen, kanskje tilknyttet følelser av tilkortkommenhet og hjelpeløshet i møte med det ukjente. Frustrasjonen og vreden som kan komme til uttrykk ved motstand kan derfor være knyttet til helt eksistensielle spørsmål: Finnes jeg? Hvem er i så fall jeg? Er jeg konstant? Hva gjør jeg her/er min oppgave? Er jeg alene? Kan jeg opphøre? Disse spørsmålene knytter seg til det Yalom (2011) beskriver som fundamentale angster i møte tilværelsenes uløselige spørsmål. Å arbeide med motstand er kanskje derfor også et arbeid med å akseptere paradoksene: det uløselige, det uvisse og ubesvarte. Hvilket kan tenkes å handle om å oppøve sin *negative kapabilitet* (Keats & Rollins, 1958): evnen til å tåle det uavklarte, mystiske, forvirrende, en evne til å tåle å ikke vite, som igjen er beslektet med *maternal reverie* og *containment* (Bion, 1994) i psykoanalysen (Zachrisson, 2014).

6.3 Er integrasjon mulig og/eller ønskelig?

Motstandskonseptet har lenge hatt sin plass og tyngde først og fremst innen den analytiske tradisjonen, selv om kognitive og atferdsterapeutiske retninger later til å ha forholdt seg til et relatert fenomen. En misnøye med deler av den analytiske konseptualiseringen har imidlertid medført at flere har valgt å gå bort fra konseptet, eventuelt redefinert det i egne termer. Nyere litteratur på emnet viser en økt anerkjennelse av motstand som et fenomen, og et ønske om å integrere de ulike forståelsene av motstand innen ulike retninger. Kritikken mot den analytiske konseptualiseringen og termen har imidlertid vedvart, og det er derav kommet nye forslag, blant annet å kalle fenomenet for *ambivalens* (Arkowitz, 2002; Engle & Arkowitz, 2008). Engle og Arkowitz (2008) beskriver det slik: «A person who is ambivalent possesses a voice that moves toward change and a voice that struggles against change» (s. 389).

Definisjonene favner, slik jeg ser det, ikke dynamikken ved en indre konflikt, og forsvaret har ingen plass i ambivalensbegrepet, hvilket gjør manifestasjonen av motstand og en eventuell symptomutforming utfordrende å forklare. Samtidige motstridende stemmer eller følelser kan heller ikke forklare godt det fenomen at personen selv på et bevisst plan ikke nødvendigvis opplever det som en indre konflikt, men er overbevist om sin verdensanskuelse og opplevelse og søker hjelp for sine *symptomer* heller enn sine samtidige motstridende følelser. Det å dele motstanden inn i «to» sider er dessuten et forenklet (men velbrukt) skille som trolig ikke favner nyansene ved fenomenet. Kanskje er ambivalens heller en måte motstand kan manifestere seg på. Arkowitz (2002) mener som nevnt at de ambivalente eller konfliktuelle karakteristikene ved motstandsfenomenet har fått mindre oppmerksomhet enn de fortjener, og søker å løfte frem disse sidene i en felles konseptualisering. Dette poenget følger jeg han imidlertid i, og lurar på om det kan handle om en manglende fremstilling av denne paradoksale dobbeltheten ved fenomenet som vi har vært inne på tidligere.

Det finnes også fallgruver ved en integrativ konseptualisering, for eksempel å overse viktige forskjeller, at enkelte retninger kan ha mer å si om visse aspekter ved motstand enn andre, og at ulike terapier kan vekke ulike typer motstand (Arkowitz, 2002). Newman (2002) mener at motstand er et konsept som er svært vanskelig å definere presist, blant annet som følge av at terapeuters syn på konseptet er knyttet til deres egen teoretiske orientering. Han mener også det beskrives bedre ut fra underliggende aspekter, altså at begrepet er overflødig. Leahy (2001) foreslår fra et integrativt ståsted flere elementer ved motstand som kan konseptualiseres innen en felles forståelsesramme, men at det også finnes spesifikke

elementer ved motstand relatert til de spesifikke modellene. Arkowitz (2002) skriver han er «impressed by the wide variety of events that the contributors included under *resistance*» (s. 220), og opplevde at mange ikke anså motstand som et enhetlig konstrukt. Lewis og Evans (1986) finner i sin oversiktsartikkel et gjennomgående syn på terapeut og klient som motstandere ved motstand, og anbefaler av denne grunn å gå vekk fra motstandskonseptet. Haugaard og Sandberg (2008) mener imidlertid det kan trekkes et skille mellom å avvise motstand som konsept og å benekte at fenomenet det henviser til eksisterer. De hevder at når motstand brukes som en overgripende term for å oppsummere flere fenomener vil hvert enkelt fenomen kunne beskrives mer nøyaktig av en egen term, men at dette trolig også er sant for ethvert metakonsept og derved ikke et argument i seg selv for å avvise motstandskonseptet.

6.3.1 Ulike nivåer av forståelse

Meichenbaum og Gilmore (1982) konkluderer med at terapeuter generelt samsvarer nok i sin bruk av motstandstermen til at en i alle fall kan konkludere med hva motstand motsetter seg; nemlig endring. Sannsynligvis vil de derfor kunne enes om at en eller annen form for endring er ønskelig, men hvordan endringen skal fasiliteres, og hva man anser som endring og ønsket endring kan tenkes å være i kjernen av ulikhetene mellom retningene. Den integrative tradisjonen er ofte opptatt av hva de ulike terapeutene faktisk gjør og hvordan, heller enn hva teoriene sier. Denne undersøkelsen synes jeg har vist at spørsmålet om hvordan vanskelig lar seg besvare løsrevet fra den bakenforliggende teorien når det gjelder motstandsfenomenet. Spørsmålet blir som illustrert her; «hvordan de gjør hva, og hvorfor?». Dersom en ikke har en forståelse for hva det er en forsøker å gjøre, er det vanskelig å si om en lykkes eller mislykkes i det en gjør. Dette synes jeg motstandsfenomenet illustrerer spesielt godt, der pasienten kan uttrykke det den trenger på helt paradoksale måter. Dersom en ikke har bakenforliggende teorier å jobbe etter i møte med dette er det lett å gi det pasienten «ber om», og ikke det den trenger, hvilket kan anses som et terapeutisk svikt.

Safran og Messer (1997) mener at fra et kontekstuell synspunkt kan psykoterapeutiske konsepter og teknikker kun forstås innen det teoretiske, ideologiske og lingvistiske rammeverket de er en del av. De mener konseptene får nye meninger når de inkorporeres i et annet teoretisk rammeverk med andre underliggende antakelser, og påpeker at pluralisme tilsier at det ikke bør finnes noen suveren eller ledende tilnærming, og derav heller ingen enkeltstående, korrekt integrativt system som psykoterapifeltet beveger seg mot. I lys av denne kritikken mener Safran og Messer (1997) at målet med den integrative bevegelsen bør

være å opprettholde en pågående dialog blant talsmenn for ulike teorier og verdensanskuelser, og derved tillate avklaring av forskjeller samt forstandig integrasjon av alternative perspektiver og teknikker. En slik integrativ holdning kan også sikre ulike pasienter den mest egnede behandlingen. Min undersøkelse heller, i tråd med Safran og Messer (1997), i retning av at det ikke nødvendigvis er hensiktsmessig å lage et begrep felles for de ulike terapiformene. Dette bunner hovedsakelig i at de ulike retningene har så ulike teorier og forståelser av endring, hvilket motstand defineres ut fra. Motstand er dessuten et kjernebegrep i analytisk teori, og i stor grad overlappende og til dels uatskillelig fra relaterte analytiske konsepter. Det er derfor ikke uproblematisk, om mulig, å løsrive motstandskonseptet fra sitt underliggende teoretiske rammeverk.

7 Begrensninger og forslag til videre undersøkelser

Min forståelse av psykoterapi er preget mer av det dynamiske og analytiske rammeverket enn av andre psykoterapeutiske retninger. Dette har trolig påvirket oppgavens utforming og innhold, og en kan anse det som et problem at jeg ikke i like stor grad har hatt øye for andre retningers synsvinkler. Motstandsbegrepet er imidlertid opprinnelig et psykoanalytisk begrep, og springer selv ut fra dette rammeverket. At oppgaven dreier seg mer rundt den analytiske og dynamiske forståelsen av fenomenet er derfor både naturlig og hensiktsmessig i en slik undersøkelse. Hvorvidt en foretar bedre undersøkelser av fenomener uten noen bestemt teoretisk forankring er også et tema for debatt. Jeg vil imidlertid bemerke at eventuelle nærmere undersøkelser av fenomenet trolig vil profitte på å gjøre tydeligere valg og avgrensinger i sin metodebruk.

Underveis i denne oppgaven ble jeg mer og mer opptatt av forskjellene innad i den analytiske og dynamiske tradisjonen med tanke på motstandsbegrepet. Det ble tydelig for meg at deres teorier om endring, motivasjon og grunnleggende krefter i menneskesinnet er såpass ulike at det nødvendigvis påvirker deres forståelse av motstandsfenomenet. For eksempel har en del relasjonelle analytikere avskrevet fenomenet på lik linje med enkelte kognitive terapeuter. Jeg tenker at en grundig gjennomgang av hovedstrømningenes forhold til fenomenet innad i den analytiske litteraturen er hensiktsmessig og potensielt svært interessant, om ikke nødvendig, for å få bedre grep om fenomenets ståsted i psykoterapifeltet i dag. Slik sett var en oppgave om forståelsen av motstand på tvers av retninger mulig prematur. På den annen side har en bred gjennomgang av ulike tradisjoners forhold til fenomenet gitt meg mulighet til å se trender og liknende ståsteder på tvers. Dette har tydeliggjort hvordan motstandsfenomenet forstås ut fra en underliggende teori om *endring*, og at endringsforståelser kan ha møtepunkter på tvers av retninger tross terminologiske forskjeller.

8 Konklusjon

Det var selve oppdagelsen av motstandsfenomenet, spesielt i overføringsform, som ledet til Freuds første dynamiske reformulering av sitt synspunkt og til utviklingen av konsepter som sensur, egoforsvar, og av det strukturelle synspunktet. En kan derfor omskrive hele historien om utviklingen av psykoanalytisk teori ut fra motstandsteoriens synspunkt. Det er liten tvil vedrørende fenomenets sentrale rolle i det daglige terapeutiske arbeidet; forståelsen og håndteringen av motstand er i kjernen av den psykoterapeutiske prosess. Men det er en vanskelig oppgave å beskrive, definere og illustrere motstand; en oppgave som krever at man vurderer og går gjennom hele den analytiske og dynamiske praksis (Blatt & Erlich, 1982). I denne oppgaven fremkommer en vaghet/tvetydighet ved motstandskonseptet som trolig har vedvart siden Freud sin opprinnelige konseptualisering. Dette kan ligge til grunn for deler av uenighetene både innad og på tvers av terapeutiske retninger i dag. Mitt forslag er å fatte interesse for nettopp denne tvetydigheten ved fenomenet, som potensielt innehar viktig informasjon om menneskets psyke. Undersøkelsen av uenighetene om fenomenet på tvers av retninger og av forslagene om felles konseptualiseringer synes jeg belyser at det ikke er hensiktsmessig å løsrive konseptet fra sitt underliggende teoretiske rammeverk.

Jeg tenker de motstridende, konfliktfylte kreftene beskrevet i motstandsfenomenet også er i kjernen av hva det vil si å være menneske, i kjernen av det å leve. På mange måter kan en tenke seg at motstanden ikke reflekterer noe som primært må forstås eller løses, men peker på viktige aspekter ved ens forhold til seg selv og verden (og seg selv i verden) som på et eller annet plan trenger å aksepteres. Hvorvidt denne aksepten fremmes av innsikt, erkjennelse, støtte, bekreftelse, romming, råd, veiledning, instruksjoner og øvelse eller andre former for intervensjoner er det fortsatt uenighet om mellom ulike terapeutiske retninger. Kanskje nettopp fordi det gjenspeiler det paradoksale eller det uløselige. Slik sett er aksepten for denne tvetydigheten i det psykoterapeutiske feltet trolig like viktig som integrasjonen. For vi må også tåle å ikke vite, å se stykkevis og delt, dersom vi ønsker å redusere forsvarets skylapper. Men det kan være skummelt å ikke vite og skummelt å se sine egne begrensinger. En kapasitet for aksept krever trolig en følelse av å selv være akseptert. Hvilket gjør de vedvarende stridene på tvers av retninger svært forståelige. Jeg føler med oss; det er synd på menneskene (Strindberg, 1980), på disse pattedyrene som trenger å forstå.

Litteraturliste

- Arkowitz, H. (1997). Integrative theories of therapy. I S. B. Messer & P. L. Wachtel (Red.), *Theories of psychotherapy: origins and evolution*. Washington, D.C: American Psychological Association.
- Arkowitz, H. (2002). Toward an integrative perspective on resistance to change. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 219-227. doi: 10.1002/jclp.1145
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Basch, M. F. (1982). Dynamic psychotherapy and its frustrations. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207-217. doi: 10.1002/jclp.1144
- Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M., & Talebi, H. (2001). Resistance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 431-436. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.431
- Bion, W. R. (1994). *Learning from Experience*: Jason Aronson, Incorporated.
- Blatt, S. J., & Erlich, H. S. (1982). Levels of resistance in the psychotherapeutic process. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bowlby, J. (1994). *En sikker base: tilknytningsteoriens kliniske anvendelser*. Fredriksberg: Det lille forlag.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: a theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Burns, D. D. (1999). *The feeling good handbook*. New York ; Toronto, Ont.: Plume.
- Callahan, P. E. (2000). Indexing resistance in Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP): Change in breaks in eye contact during anxiety (BECAS). *Psychotherapy Research*, 10(1), 87-99. doi: 10.1093/ptr/10.1.87
- Davanloo, H. (1980). *Short-term dynamic psychotherapy*. New York.
- Dewald, P. A. (1982). Psychoanalytic perspectives on resistance. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance: rational-emotive therapy with difficult clients*. New York: Springer Pub. Co.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2008). Viewing resistance as ambivalence: Integrative strategies for working with resistant ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 389-412. doi: 10.1177/0022167807310917
- Engle, D., & Holiman, M. (2002). A gestalt-experiential perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 175-183. doi: 10.1002/jclp.1141
- Freud, S. (1981). The dynamics of transference. I R. Langs (Red.), *Classics in psychoanalytic technique*. New York: Aronson.
- Freud, S., & Brill, A. A. (1909). *Selected papers on hysteria and other psychoneuroses*: New York: The Journal of nervous and mental disease publishing company.
- Freud, S., & Brill, A. A. (1938). *The basic writings of Sigmund Freud*. New York: Random House.
- Gill, M. M. (1982). *Analysis of transference* (Vol. 53-54). New York, N.Y: International Universities Press.
- Goldfried, M. R. (1982). Resistance and clinical behavior therapy. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.

- Goldfried, M. R., & Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy* (Expanded ed. utg.). New York: John Wiley.
- Graff, H., & Luborsky, L. (1977). Long-Term Trends in Transference and Resistance: A Report on A Quantitative-Analytic Method Applied to four Psychoanalyses. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 25(2), 471-490. doi: 10.1177/000306517702500210
- Graves, R. (1992). *The Greek Myths*: Penguin Books.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: the moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Haugaard, C., & Sandberg, K. (2008). Resistance in cognitive therapy: An analysis of paradigm and contemporary practice. *Nordic Psychology*, 60(1), 24-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1027/1901-2276.60.1.24>
- Haxton, B., & Hillman, J. (2003). *Fragments*: Penguin Books.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). THE ROLE OF THE THERAPEUTIC ALLIANCE IN PSYCHOTHERAPY. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. doi: 10.1037/0022-006x.61.4.561
- Ibsen, H. (1963). Villanden. Gyldendals skoleutgaver (5. opplag. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Keats, J., & Rollins, H. E. (1958). *The letters of John Keats 1814-1821*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kernberg, O. F. (1991). A contemporary reading of "On Narcissism". I J. Sandler, E.S. Person, P. Fonagy & S. Freud (Red.), *Freud's "On narcissism, an introduction"* (s. 131-148). New Haven: Yale University Press.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *The International Journal of Psychoanalysis*, 70(1), 65-79.
- Kirmayer, L. J. (1990). Resistance, reactance, and reluctance to change: A cognitive attributional approach to strategic interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4(2), 83-104.
- Kline, A. S. (2000). Ovid's Metamorphoses, tr. Anthony S. Kline - A complete English translation and Mythological index. Lastet ned 18.04.15, 2015, fra <http://ovid.lib.virginia.edu/trans/Metamorph3.htm#476975715>
- Kohut, H., Goldberg, A., & Stepansky, P. (1984). *How does analysis cure?* Chicago: University of Chicago Press.
- Kyrklund, Willy. (1952). *Mästaren Ma*. Stockholm.
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357
- Langs, R. (1981). *Resistances and interventions: the nature of therapeutic work*. New York: Aronson.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1988). *The language of psycho-analysis*. London: Karnac.
- Lazarus, A. A., & Fay, A. (1982). Resistance or Rationalization? A Cognitive-Behavioral Perspective. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Lewis, W. A., & Evans, J. W. (1986). Resistance: A reconceptualization. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 23(3), 426.
- Liotti, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: A counterproposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1(2), 87-104.
- Luborsky, L., & Barrett, M. S. (2006). The history and empirical status of key psychoanalytic concepts *Annual Review of Clinical Psychology* (Vol. 2, s. 1-19). Palo Alto: Annual Reviews.
- Mahalik, J. R. (1994). Development of the Client Resistance Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 58-68. doi: 10.1037/0022-0167.41.1.58
- Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A., & Perch, P. W. (1988). *Barnets psykiske fødsel: symbiose og individuasjon*. Oslo: Gyldendal.
- Mahoney, M. J. (1985). Psychotherapy and Human Change Processes. I M. J. Mahoney & A. Freeman (Red.), *Cognition and Psychotherapy* (s. 3-48): Springer US.

- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: the scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Maslow, A. H. (1963). The Need to know and the Fear of Knowing. *The Journal of General Psychology*, 68(1), 111-125. doi: 10.1080/00221309.1963.9920516
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being* (2nd ed. utg.). New York: D. Van Nostrand.
- Meichenbaum, D., & Gilmore, J. B. (1982). Resistance from a Cognitive-Behavioral Perspective. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1995). *Freud and beyond: a history of modern psychoanalytic thought*. New York: Basic Books.
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 185-193. doi: 10.1002/jclp.1142
- Newman, C. F. (1994). UNDERSTANDING CLIENT RESISTANCE - METHODS FOR ENHANCING MOTIVATION TO CHANGE. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 47-69. doi: 10.1016/s1077-7229(05)80086-0
- Newman, C. F. (2002). A cognitive perspective on resistance to psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 165-174. doi: 10.1002/jclp.1140
- Norcross, J. C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.
- Nuetzel, E. J., Larsen, R. J., & Prizmic, Z. (2007). The Dynamics of Empirically Derived Factors in the Therapeutic Relationship. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1321-1353. doi: 10.1177/000306510705500411
- Patton, M. J., Kivlighan, D. M., & Multon, K. D. (1997). The Missouri psychoanalytic counseling research project: Relation of changes in counseling process to client outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 44(2), 189-208. doi: 10.1037/0022-0167.44.2.189
- Safran, J. D., & Messer, S. B. (1997). Psychotherapy Integration: A Postmodern Critique. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(2), 140-152. doi: 10.1111/j.1468-2850.1997.tb00106.x
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic.
- Sandler, J. (1983). Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice. *The International Journal of Psychoanalysis*, 64(1), 35-45.
- Schafer, R. (1970). The psychoanalytic vision of reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 51(3), 279-297.
- Schafer, R. (1973). The idea of resistance. *International Journal of Psychoanalysis*, 54(3), 259-285.
- Schlesinger, H. J. (1982). Resistance as process. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Strindberg, A. (1980). *Ett drömspel*. Stockholm: Esselte studium.
- Stänicke, E. (2011). Different ways of moving ahead after analysis: Changes in experiential dimensions. *Psychoanalytic Psychology*, 28(2), 229-246. doi: 10.1037/a0020639
- Stänicke, E., & Killingmo, B. (2013). Object trust: A specific kind of analytic change. *Psychoanalytic Psychology*, 30(3), 423-437. doi: 10.1037/a0032036
- Turkat, I. D., & Meyer, V. (1982). The Behavior-Analytic Approach. I P. L. Wachtel (Red.), *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Ullman, C. (2011). FEAR OF METAMORPHOSIS: BETWEEN RESISTANCE AND PROTECTION OF OTHERNESS. *Contemporary Psychoanalysis*, 47(4), 480-496.
- Wachtel, P. L. (1982). *Resistance: psychodynamic and behavioral approaches*. New York: Plenum Press.
- Wilson, G. T. (1984). Clinical issues and strategies in the practice of behavior therapy. *Annual Review of Behavior Therapy: Theory & Practice*, 9, 309-343.
- Winnicott, D. W. (2005). *Playing and reality*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Yalom, I. D. (2011). *Eksistensiell psykoterapi*. Oslo: Arneberg forlag.
- Zachrisson, A. (2006). Analytic work with adolescents. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 29(2), 106-114. doi: 10.1080/01062301.2006.10592789

- Zachrisson, A. (2013a). The Internal/External Issue: What Is an Outer Object? Another Person as Object and as Separate Other in Object Relations Models. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 67, 249-274.
- Zachrisson, A. (2013b). Oedipus the King: quest for self-knowledge--denial of reality. Sophocles' vision of man and psychoanalytic concept formation. *The International journal of psychoanalysis*, 94(2), 313-331. doi: 10.1111/j.1745-8315.2012.00655.x
- Zachrisson, A. (2014). Hamlets personlighet: en betydelig grad av normalitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(2), 106- 112.